

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

R. GRAVIER

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LA

PRÉSENTATION DE LA FACE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. {
TERRIER.
TUFFIER.
VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

R. GRAVIER

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LA

PRÉSENTATION DE LA FACE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM.

{ TERRIER.
TUFFIER.
VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	N....
	GRANCHER.
Maladies des enfants	N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA MATERNITÉ BAUDELLOCQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR VARNIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Hommage de profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Dans le courant de nos études, nous avons eu une double occasion de nous intéresser aux petits êtres dont la naissance et les maladies forment deux chapitres si importants de l'art médical.

La première fut notre passage dans le service de M. Ollivier, dont les précieux conseils guidèrent nos premiers pas dans la clinique infantile et nous apprirent à nous reconnaître chez ces malades qui ont tout juste les gestes, les cris et les pleurs pour indiquer leurs souffrances.

Plus tard, accomplissant notre stage d'accouchements dans le service de M. le professeur Pinard, alors suppléé par M. le professeur agrégé Varnier, nous suivîmes avec beaucoup d'attention les pratiques obstétricales dont chaque jour nous étions témoin. Nulle part en médecine, la thérapeutique instituée ne nous parut suivie de résultats aussi immédiats et parfois aussi merveilleux. Sans doute il faut en attribuer la cause à ce fait que la grossesse n'est pas une manifestation morbide, mais un acte purement physiologique; cependant la ligne de démarcation qui

sépare ces deux états peut se franchir avec une facilité extrême, et c'est précisément sur ce point que réside tout l'intérêt et toute l'importance de la connaissance des manœuvres obstétricales. Trop souvent en effet, le péril provient de l'intervention elle-même, et c'est ici surtout que l'on ne saurait trop se pénétrer de cet axiome : *Primum non nocere*.

De nos jours cette tâche a été singulièrement facilitée par les découvertes modernes, et la façon dont les accoucheurs ont mis à profit les théories microbiennes n'est pas une des choses qui doive le moins retenir notre admiration. Ces découvertes mémorables ont modifié profondément les habitudes médicales et nous ont donné des espoirs pour ainsi dire illimités; on peut dire qu'elles ont renouvelé la conception du passé, qu'elles transforment incessamment le présent et préparent l'avenir. Les dangers qui paraissaient entourer l'état de parturition, les complications menaçantes, les infections multiples, ont été pour une bonne part rayés du cadre de la parturition et mis, lorsqu'ils se produisent, sur le compte d'une faute opératoire. Il n'est pas jusqu'à cette fièvre de lait considérée autrefois comme si naturelle qui ait aussi déserté le lit de nos accouchées. L'ascension thermique ne doit plus se produire, et si elle survient nous savons nous en reconnaître les auteurs.

C'est guidée par de pareils principes que l'obstétrique a conquis toutes ces positions dont elle est si fière, à juste titre d'ailleurs, car ces asiles de mort où les

mères indigentes étaient autrefois chaque année décimées, se sont transformées de nos jours en hospitalières maisons où les couches se font dans des conditions de sécurité à peu près absolue. De tels progrès sont bien propres à nous encourager, à nous faire aimer notre science, à nous consoler de bien des déceptions, et dans tous les cas à nous exciter à la recherche de la perfectibilité qui est indéfinie.

Nous avons pris pour sujet de thèse inaugurale les présentations de la face. Il nous a paru intéressant d'étudier la conduite à tenir dans des circonstances qui, autrefois excitaient à tel point les préventions des accoucheurs qu'un homme tel que Baudelocque ne parvint pas à s'en affranchir jusqu'à la fin de sa carrière. Notre intention en traitant ce sujet est de nous inspirer seulement des observations cliniques recueillies aux maternités de Lariboisière et de Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard.

En terminant cet avant-propos, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Pinard tous nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Nous ne saurions, d'autre part, nous montrer trop reconnaissant pour les enseignements précieux, dont il nous a été donné de profiter aux leçons cliniques de la maternité de Baudelocque. Nous ne pouvons non plus nous empêcher de témoigner notre gratitude à M. le professeur

Varnier qui, nous ayant proposé ce travail, a bien voulu nous confier toute une partie des statistiques que nous publions plus loin. Celles qui concernent les présentations de la face qui se sont produites à l'hôpital de Lariboisière, sont en entier de sa main; nous nous sommes occupé seulement de celles qui ont été observées à Baudelocque de l'année 1889 jusqu'à l'année 1893. On voit donc combien notre tâche nous a été facilitée par M. Varnier. Notre seule ambition est que cette thèse inaugurale soit comme le reflet de l'enseignement de nos maîtres; puissions-nous être assez heureux pour avoir interprété comme il convenait leurs leçons!

CHAPITRE I.

Statistiques et Pronostic.

Ce chapitre contient les statistiques que nous avons réunies sur les présentations de la face. On peut les répartir en 74 présentations de la face proprement dite, et en 9 variétés frontales persistantes. 66 ont été relevées sur les registres de l'hôpital Lariboisière et nous ont été communiquées par M. Varnier; nous avons nous-même dépouillé les cahiers de la maternité de Baudelocque pour obtenir les 17 restantes.

La première partie de ce travail embrasse 18000 accouchements, la seconde 5000; soit 83 présentations de la face pour 2380 accouchements environ.

Cette statistique comprend un nombre de cas assez considérable pour que l'on puisse en tirer des conclusions et les comparer avec ce qui a été publié à ce sujet.

La proportion obtenue est de une face pour 277 accouchements. Cette moyenne ne diffère pas sensiblement de celle qui est généralement donnée.

Nous avons divisé ces 83 cas en 59 présentations franches de la face, 9 variétés frontales, 4 transformations spontanées et 11 réductions manuelles.

Considérés dans leur ensemble, ils se distribuent entre 31 principares et 52 multipares, ce qui donne une proportion de un peu plus d'un tiers de primipares pour un

peu moins que deux tiers de multipares; ces dernières se divisent elles-mêmes en 19 secondipares et 33 grandes multipares.

Les positions peuvent se classer de la façon suivante : 26 droites postérieures, 18 gauches antérieures, 6 droites transverses, 5 gauches postérieures, 4 positions douteuses ou non notées, pour les présentations franches de la face.

Quant aux variétés frontales, elles comprennent 3 droites postérieures, 3 gauches transverses, 1 droite transverse, 1 gauche postérieure et 1 gauche antérieure.

On voit que nous n'avons pas observé de droite antérieure. On remarque aussi la fréquence relative des positions transversales dans les variétés frontales; cela ne peut surprendre, car il y a dans presque tous les cas coïncidence de rétrécissement pelvien.

L'extrémité fœtale qui veut s'engager ne peut en effet le faire qu'à la condition de mettre ses grands diamètres en rapport avec les grands diamètres du canal osseux qu'elle doit traverser.

Lorsqu'il y a rétrécissement du diamètre antéro-postérieur, le diamètre transversé central devient par le fait plus perméable que les obliques; aussi est-ce lui que la tête choisit pour effectuer sa descente.

Le sexe exerce-t-il une influence? Nous avons trouvé 41 enfants mâles pour 33 féminins. Hecker a déjà mis ce fait en relief; il naît plus de garçons que de filles en présentation de la face. M. le professeur Pinard a confirmé l'observation de Hecker et en donne l'explication suivante :

Le poids moyen des enfants qui naissent par la face est d'environ 100 grammes plus considérable que le poids

de ceux qui naissent par le sommet. Or, on sait que le poids moyen des garçons surpasse celui des filles.

Dans notre statistique, 9 enfants pesaient de 4000 gr. à 4500 gr.; 20 de 3500 gr. à 4000 gr.; 23 de 3000 gr. à 3500 gr.; 19 de 2500 gr. à 3000 gr.; 6 enfin pesaient 2000 gr. à 2500 gr. et un 1410 gr. (accouchement prématuré de 6 mois); un n'a pas été pesé.

Dans ces chiffres sont compris 4 enfants seulement rentrant dans la catégorie des 9 variétés frontales. Les 5 autres, en effet, ont été extraits sans substance cérébrale.

Dans quelles conditions l'accouchement s'est-il terminé? Ici nous n'envisagerons pas, bien entendu, les 9 cas de variétés frontales qui, constituant des présentations dystociques au premier chef, comportent un pronostic tout à fait autre que celui des présentations franches de la face.

Nous laisserons également de côté les 15 cas de transformation manuelle ou spontanée qui rentrent, en définitive, dans la catégorie des présentations du sommet, et 2 cas de basiotripsie nécessités par des manœuvres intempestives faites en ville.

Il reste donc 57 présentations de la face proprement dites. Sur les 57 mères, 44 ont conduit leur grossesse à terme; 13, dont 3 primipares, ont accouché un peu avant terme, à 8 mois ou 8 mois et demi environ. Une seule eut un accouchement prématuré de 6 mois, mais elle était albuminurique; 19 étaient des primipares, 38 des multipares.

Pour les primipares, la durée totale du travail se répartit ainsi qu'il suit: 2 sont restées en travail pendant 4 h. 1/2; 2 pendant 6 ou 7 h., 4 pendant 10 h. Pour 3, cette période a été de 12 à 13 h., pour 1 de 15 h. Enfin pour 5, elle a duré de 17 à 20 h. et 2 ont vu le travail se

prolonger au-dessus de 20 heures; de ces deux femmes, une a atteint 34 heures, l'autre 29 heures.

Quant à la période d'expulsion chez ces mêmes femmes, elle a été de 5, 10 et 15 minutes environ pour 3 d'entre elles; chez 6, elle a été égale à 1 h. ou 1 h. 1/2. Pour 2, elle a duré 2 h. ou 2 h. 1/2. 4 ont atteint 3 h., 1 5 h. 1/2 et une autre 4 h.

Les chiffres comparés entre eux donnent comme durée moyenne du travail chez ces 19 primipares 14 h. 1/2 et 1 h. 1/2 comme durée moyenne de l'expulsion.

Du côté des 38 multipares, 18 sont restées en travail pendant 10 h., 11 pendant 10 à 20 h., 1 pendant 21 h., 2 ont atteint 24 h. et 24 h. 1/2, 4 autres 28 ou 29 h. et les 2 dernières 35 ou 36 h., et si on se préoccupe de la période de l'expulsion chez ces femmes, on voit que pour 2 elle a été de 10 minutes, pour 23 de 15 à 30 minutes, pour 3 elle a duré 1 h., pour 8, 2 h. à 2 h. 1/2; pour une seule elle a été de 3 h. Une autre a accouché en voiture.

Si l'on compare encore ces chiffres entre eux, on obtient 13 heures comme durée moyenne du travail et 3/4 d'heure environ comme durée moyenne d'expulsion.

Au sujet des enfants, nous relevons 7 décès qui peuvent se décomposer de la façon suivante : un enfant mort de convulsions 7 jours après sa naissance; un autre, en état de mort apparente, ne put être ranimé; le troisième était mort déjà depuis 8 jours avant l'accouchement, le quatrième était manifestement syphilitique; le cinquième de mère albuminurique, et né à 6 mois, est mort 7 jours après sa naissance; les 2 derniers nécessitèrent une basiotripsie. Il faut nécessairement éliminer de cette statistique les morts dont la cause a été bien déterminée et ne peut être attribuée à la présentation elle-même. Dans ce nombre

peuvent être comptés le fœtus mort et macéré, l'enfant syphilitique et celui né avant terme; on doit omettre également les cas de basiotripsie sur lesquels nous reviendrons plus tard et que l'on peut mettre sur le compte de fautes opératoires.

Restent donc 2 morts dont on peut rendre la présentation responsable. Dans les 2 cas le cordon formait 2 circulaires autour du cou du fœtus, et dans un cas il est noté que la délivrance fut suivie d'hémorragies; les mères multipares toutes les deux n'ont eu que des enfants mort-nés, ou morts en tout bas-âge. 2 morts sur 57 cas, cela donne une mortalité un peu inférieure comme chiffre à 4 pour 100. Il n'y a pas là une grande différence avec le nombre des morts que donnent les statistiques faites sur les présentations du sommet, si l'on considère pour ces dernières toutes les positions et variétés de positions, ainsi que nous le faisons pour la présentation de la face.

Quant à l'intervention, 5 fois seulement sur 57 cas on a jugé utile une application de forceps; elle a donné chaque fois un enfant vivant.

Les bons résultats fournis par cette statistique sont dus, la suite le prouvera, à l'expectation systématique que l'on a observée, à quelques exceptions près, vis-à-vis de la présentation de la face.

Les auteurs donnent un assez grand nombre de statistiques sur les présentations de la face; nous allons passer en revue les principales en suivant l'ordre chronologique de leur publication.

Madame Lachapelle (1) a relevé une première fois

(1) M^{me} Lachapelle. — Pratique des accouchements. Tome 1.

(1797-1809) 73 présentations de la face, dont 41 mento-iliaques droites postérieures et 32 mento-iliaques gauches antérieures, sur 15,580 accouchemens, soit 1 pour 200. 33 fois l'intervention fut pratiquée et donna lieu à 14 versions, 17 transformations en sommet et 2 applications de forceps nécessitées, l'une par accès d'éclampsie, l'autre par arrêt prolongé de la tête dans l'excavation. Dans la table comparative n° 3 (1809-1823), 103 présentations de la face sont relevées sur 22,243 accouchements et réparties en 58 droites postérieures, 45 gauches antérieures ; 88 terminaisons spontanées, 15 interventions ; 3 enfants morts. Ces interventions peuvent se décomposer ainsi qu'il suit : 6 applications de forceps dont 4 pour inertie utérine, 1 pour position frontale, 1 suivie de perforation du crâne, 7 versions pour inertie utérine, 2 réductions de positions frontales. Si l'intervention dans cette seconde statistique est plus rarement notée que dans la première, cela tient à ce que M^{me} Lachapelle avait mieux observé durant l'intervalle, la terminaison spontanée des présentations de la face, et pratiquait plus souvent l'expectation.

Moreau (1), sur 81,164 accouchements note 352, présentations de la face qui se sont divisées en 141 droites postérieures, et en 105 gauches antérieures.

Paul Dubois et Desormeaux (2) donnent un relevé portant sur 24,529 accouchements faits à la Maternité, de janvier 1823 à janvier 1832. Ils notent 85 présentations de la face, soit 1 pour 228. Pendant ce même laps de temps les positions du sommet ayant été de 23,078, celles

(1) Moreau. — Traité d'accouchements. Paris, 1841.

(2) P. Dubois et Desormeaux. — Diction. en 30 vol. Article accouchem.

de la face sont avec elles dans le rapport de 1 à 272 1/2. 47 fois le menton s'est orienté en droite postérieure, 38 fois en gauche antérieure. Ils n'admettent donc que ces deux positions et jugent les autres très rares. Quant à l'intervention elle comprend 8 applications de forceps : 2 fois pour procidences du bras, 5 fois pour résistance des parties génitales externes, 1 fois sur un enfant qui avait cessé de vivre.

M^{me} Boivin a observé 97 fois la face sur 20,517 accouchements, soit 1 pour 255 environ.

A la Maternité de Vienne, on a observé dans une année, sur 7,835 accouchements, 45 présentations de la face, environ 1 pour 278. 29 femmes étaient primipares, 16 multipares.

A l'université de Wurtzbourg et à Prague, Scanzoni (1) a constaté 58 fois la face sur 8,514 accouchements.

A l'hôpital de Göttingue (2) sur 7,104 naissances, on a vu le fœtus se présenter par la face 39 fois, soit 1 pour 182. Winckel (3) a réuni 420 cas de présentations de la face et admet le chiffre de 1 pour 158. Il constate aussi l'influence de la multiparité, car il a relevé 250 multipares pour 160 primipares. Ses calculs donnent la proportion de 5 gauches antérieures pour 7 droites postérieures. D'après ceux de Hecker (4), à la Maternité de Seybach, cette proportion serait de $\frac{1}{1,3}$

Les statistiques de la Maternité de Heidelberg ont conduit Nægelé (5) à donner le chiffre de 11 gauches antérieures

(1) Scanzoni. — Lehrbuch von Geburts. — Vienne, 1855.

(2) Ed. von Siebold. — Zur Lehre von den Gesichtsgeburten, 1859.

(3) Winckel. — Pathologie der Geburtshülfe.

(4) Hecker. — Archiv für gynakologie. Berlin, 1871

(5) Nægelé et Grenser. — Traité d'accouchements, traduit par Aubenas.

pour 20 droites postérieures. Pour Walthes (de Dresde), les gauches antérieures seraient aux droites postérieures comme 2 est à 1. Enfin, pour Schræder (1) la proportion est un peu plus élevée en faveur des droites postérieures.

Le docteur Carpentier (2) a relevé 13 présentations de la face sur 2,920 accouchements, soit 1 pour 224.

Il fait remarquer que le rapport entre les deux positions les plus fréquentes du sommet (positions que l'on regarde comme donnant le plus souvent naissance aux positions de la face), n'est pas le même qu'entre les deux positions de la face correspondante.

En effet, dans le premier cas, le nombre des occipito-iliaques droites postérieures est environ le tiers des occipito-iliaques gauches antérieures, tandis que le nombre des mento-iliaques gauches antérieures est presque la moitié de celui des mento-iliaques droites postérieures.

Cette remarque concorde avec nos observations qui relèvent 18 mento gauches antérieures pour 25 mento droites postérieures : toutes proportions gardées, les positions droites du sommet fournissent relativement plus de positions de la face que les occipito-iliaques gauches.

Une des statistiques les plus importantes qui aient été publiées, est celle de M. le professeur Pinard (3). Elle relève 374 présentations de la face sur 81,711 accouchements, soit 1 pour 247. Elle met en relief le rôle que joue dans cette présentation le poids du fœtus et la multiparité. En effet, sur 374 cas, 257 enfants pèsent 3000 gr. et au-dessus. Parmi ces 267 enfants, 28 dépassent le poids de 4000 gr. Parmi les 187 restants, 180 pèsent 2500 à

(1) Schræder. — Traduit par Charpentier, Paris, 1876.

(2) Carpentier. — Thèse. Paris, 1876.

(3) Pinard, Traité du palper abdominal,

3000 gr. « Il s'en faut donc de beaucoup, fait remarquer le professeur Pinard, que les enfants qui naissent par la face soient petits. C'est évidemment le contraire qu'il faut dire. Quant à l'influence de la multiparité, elle est manifeste, quoique peu accusée, puisque sur 374 cas, on trouve 153 primipares et 221 multipares. »

Le docteur Boisieux (1) a réuni une statistique comprenant 143 présentations de la face sur 25,362 accouchements, soit 1 pour 177. 82 fois, la position droite postérieure a été observée et 44 fois seulement la position gauche antérieure. En chiffres ronds, on peut, suivant lui, admettre qu'il y a sur 100 présentations de la face, 55 multipares pour 45 primipares. 44 fois, dans cette statistique, l'intervention a dû être pratiquée, se répartissant entre 32 applications de forceps, dont 4 suivies de perforation du crâne, en 8 céphalotripsies, 3 versions, 1 embryotomie. 22 de ces interventions furent dues à des rétrécissements du bassin, 6 à des procidences des membres et du cordon, 7 à l'insuffisance des contractions utérines, 2 au défaut de rotation du menton en avant, 3 au ralentissement des bruits du cœur fœtal, 1 au volume exagéré de l'enfant qui pesait 4.600 gr. Enfin 3 applications infructueuses de forceps furent suivies chaque fois d'un accouchement spontané.

Pronostic. — « J'affirme, a dit M^{me} Lachapelle, que de deux femmes d'égale force et offrant la même liberté des passages, enfin dans des circonstances semblables, celle dont l'enfant présentera la face, accouchera au moins aussi facilement que celle dont l'enfant offrira le vertex ».

Cette proposition était trop contraire à la tradition pour être acceptée par les accoucheurs. De tout temps, on a soutenu que la durée de l'accouchement était beaucoup

(1) Boisieux. — Thèse Paris, 1886.

plus longue dans les présentations de la face et que par ce fait même, la mère était plus exposée à la fatigue et à l'épuisement d'un côté, aux fistules vésicale et rectale d'un autre côté. Il est certain que les moyennes établies montrent que le travail est un peu plus prolongé que dans les présentations du sommet. Mais en résulte-t-il que le pronostic soit plus grave pour la mère ? Notre statistique n'est pas faite pour le démontrer.

Le danger couru par l'enfant serait bien plus grave encore.

D'après Schröder (1), la mortalité infantile dans les présentations de la face serait *deux fois et demie plus grande* que dans la présentation du sommet.

Zeller (2), sur 44 accouchements, a eu 2 morts, soit moins de 5 %.

Pour M^{me} Lachapelle, la mortalité est de 5 et 10 %. Pour Dugès (3), elle n'atteint pas le chiffre de 10 %.

Jacquemier (4), sur 88 accouchements spontanés, a observé 5 morts, soit 5,5 %.

Le docteur Caillet (5) donne le chiffre de 25 % ; Playfair (6) celui de 10 % ; pour Winckel il est de 13 % et Massan, Hecker, Stadfelt ont observé 21 morts sur 41 présentations de la face.

D'après la statistique du docteur Boisieux, la mortalité infantile est également très élevée, 40 % environ. Mais, fait-il remarquer, il faut restreindre ce chiffre en raison des 22 rétrécissements du bassin, complication indépen-

(1) Schröder. — Traduit par Charpentier. Paris, 1876.

(2) Zeller. — Observat. sur différents objets relatifs à l'art des acc. etc. Vienne, 1789.

(3) Dugès. — Manuel d'obstétrique. Paris, 1840.

(4) Jacquemier. — Traité d'obtsétrique. Paris 1846.

(5) Caillet. — Thèse. Paris, 1867.

(6) Playfair. Édition française, 1879.

dante et qui peut aussi bien s'observer dans tout autre présentation que celle de la face.

Le fœtus peut, dit-on, succomber : 1° à la compression de la tête, attestée par les déformations crâniennes ; 2° à la compression du cordon, car d'après Hügenberger, la procidence du cordon et des petites extrémités se rencontre 6,3 fois pour 100 dans la présentation de la face, et 1,8 fois pour 100 seulement dans la présentation du sommet ; 3° enfin la compression des vaisseaux du cou, l'apoplexie ou la pléthore cérébrale dont Parrot a présenté plusieurs observations à l'Académie de médecine, ne seraient pas les moindres causes qui mettent la vie du fœtus en péril.

S'il est bon d'être prévenu de la possibilité de ces accidents dans la présentation de la face, il faut néanmoins ne pas ignorer qu'ils sont très rares.

Si en effet on s'illusionnait sur leur fréquence, on pourrait être conduit à intervenir comme le faisait Baudelocque à une période du travail où cela est formellement contre-indiqué.

Tout ce qui précède s'applique à la présentation franche de la face ; quant aux variétés frontales persistantes des présentations de la face, elles comportent un tout autre pronostic, surtout pour les enfants. Sur nos 9 cas, 3 enfants seulement ont été sauvés ; les 6 autres n'ont été extraits que grâce à la basiotripsie. Pour les mères, 3 ont eu des suites de couches physiologiques, une est morte de rupture utérine, les 5 autres ont eu de la température plus ou moins longtemps.

Nous ne voulons pas pour l'instant insister sur les chiffres de cette statistique qui montre l'insuffisance des procédés jusqu'ici classiques, dans les cas de rétrécissements pelviens un peu accusés. Nous y reviendrons.

CAS OU LA TERMINAISON

Nom	Age	Nombre de grossesses	Terme	Durée tot. du trav.	Rupture des membranes	Expulsion	Terminaison
Ren.	24 ans	II 1er à terme, sommet, vivant	9 mois	8 h. 40	Spont. à dilat. complète	20 min.	Spontan.
Anton.	31 ans	VII 6 à terme, som. (?)	9 mois	11 heures	Artif. 7 h. av. la fin	? acc. voit.	Spontan.
Germ.	25 ans	II 1er à terme, sommet, vivant	9 mois	9 heures	Artif. au mom. de l'exp.	20 min.	Spontan.
Cos.	32 ans	III 2 à terme, sommet	9 mois	1 h. 1/4	Artif. à dilat. complète	15 min.	Spontan.
Gal.	33 ans	V 4 à terme	9 mois	12 heures	Artif. à dilat. compl. 8 heures après l'entrée	30 min.	Spontan.
Duch.	25 ans	IV 1er à 2 m., 2 à t., somm., vivants	9 mois	20 heures	Spont. 6 h. av. la fin	30 min.	Spontan.
Lévêq.	20 ans	I	9 mois	17 heures	Artif. à dilat. complète	30 min.	Spontan.
Brun.	33 ans	II 1er sommet à terme, vivant	9 mois	33 h. 1/2	Spont. 1/2 ap. dilat. compl.	30 min.	Spontan.
Lec.	29 ans	VII 6 à terme, som., 1 siège, vivants	9 mois	1 heure	Artif. 20 min. avant la fin	20 min.	Spontan. 2ed'acc gén. 1er sommet
Meun.	21 ans	I	9 mois	7 h. 1/2	Spont. 2 h. av. déb. du trav.	1 heure	Spontan.
Dag.	36 ans	VII 1 à 4 mois, 3 à terme et vivants	9 mois	15 heures	Spont. 5 h. av. déb. du trav.	1 h. entre rotat. faite	Spontan.
Bech.	22 ans	I	9 mois	10 heures	Artif. lors de l'expuls.	3 heures	Spontan.
Poign.	26 ans	II	8 mois ?	24 heures	Spon. 12 h. av. déb. du trav.	2 h. 1/2	Spontan.
Schn.	31 ans	III 1er forceps, n'a vécu que queiq. instants, 2e som. vivant.	9 mois	29 heures	Art. par saze-femme au déb. du travail. — 2 tentativ. d'appl. de forc. par méd. à dilat. conn. 2 fr. 24 h. av. la fin.	39 min.	Spontan.
Did.	25 ans	I	9 mois	19 heures	Artif. à dilat. complète. Résis. périnéale	3 heures	Spontan.
Dup.	18 ans	I	9 mois	4 h. 35	Spont. 1/2 ap. déb. du trav.	2 h. 45	Spontan.
Dio.	22 ans	I	8 m. 1/2	6 h. 45	Prém. 14 h. av. le début	1 h. 25	Spontan.
Desfos.	25 ans	II 1er à terme, somm. et vivant	8 mois	5 heures	Spont. à dilat. complète	2 heures	Spontan.
Leh.	20 ans	I	9 mois	10 heures	Artif. à D G.	2 heures	Spontan.

A ÉTÉ SPONTANÉE

Position	Poids et sexe	État à la naissance	État à la sortie	Délivrance	Inspection du plac.	Cordon	Diamètres
M.I.D.P.	3420 g.mas.	Vivant	Bon 3420 gr. (6 ^e jour)	Nat. 20 min. ap.	10/37	Normal	12. 13 1/2. 9. 7 1/2. 9 (1)
?	3700 g.fém.	Vivant	Bon 3700 gr. (8 ^e jour)	Nat. ?	12/37	?	14. 15. 8. 9. 9 1/2
M.I.D.P.	3100 g.fém.	Vivant	Bon 3100 gr. (9 ^e jour)	Nat. ?	?	Long	?
M.I.D.P.	3500 g.mas.	Vivant	Bon parti en nourrice	?	12/35 liq. abond.	Long 56	12.13.9.8 1/2.10
M.I.D.P.	3500 g.mas.	Vivant	Bon (16 ^e jour)	?	20/20	?	12 1/2. 14. 9 1/2. 8 1/2. 9 1/2
M.I.G.P.	2850 g.mas.	Vivant	Bon (9 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	15/26	Normal	12.12 1/2. 2. 9 1/2. 7 1/2. 9 1/2
M.I.D.P.	3050 g.mas.	Vivant	Bon 3220 gr. (9 ^e jour)	Nat. 20 min. ap.	4/37	Un Ciscul.	12 1/2. 13. 9. 7 1/2. 8
M.I.D.P.	3700 g.fém.	Vivant	Bon 3101 gr. (8 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	12/30	Normal	12. 13. 9. 7. 9.
M.I.D.P.	2350 g.fém.	Vivant	Bon 2250 (11 ^e j.) 1 ^{er} mort 11 ^e j.	Nat. 30 min. ap.	?	Normal	11. 12 1/2. 8. 7. 9
M.I.D.P.	3400 g.mas.	Vivant	Bon 3210 gr. (6 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	18/25	Un Ciscul.	13. 14. 9. 7 1/2. 9
?	4000 g.mas.	Vivant	Bon 3600 gr. (4 ^e jour)	Nat. ?	?	?	11 1/2. 13 1/2. 9 1/2. 7 1/2. 2. 9 1/2
M.I.G.A.	3600 g.mas.	Vivant	Bon 3670 gr. (9 ^e jour)	Nat. ?	12/30	?	12 1/2. 13 1/2. 9 1/2. 8 1/2. 2. 9 1/2
M.I.G.A.	3320 g.mas.	Vivant	Bon parti en nourrice 5 ^e j.	Nat. 40 min. ap.	5/10	Normal	12 1/2. 14. 2. 9. 2. 7. 8. 9. 2
M.I.D.P.	3750 g.mas.	Vivant	Bon 3830 gr. (11 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	6/33	Normal	11. 8. 13. 8. 9. 2. 8. 2. 9. 8
M.I.D.P.	3150 g.mas.	Vivant	Bon 3280 gr. (7 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	10/30	Normal liq. verd.	13. 14. 1. 11. 8. 1. 10
M.I.G.A.	2950 g.mas.	Vivant	Bon (27 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	8/32	Normal	11 1/2. 13 1/2. 10 1/2. 9 1/2. 2. 9. 8
M.I.G.A.	2750 g.fém.	Vivant	Bon (9 ^e jour)	Nat. 30 min. ap.	15/38	Normal	12 1/2. 14. 8. 5. 7 1/2. 10. 5
M.I.G.A.	2600 g.mas.	Vivant	Bon (10 ^e jour)	Nat. 35 min. ap.	8/27	Un Ciscul.	10. 9. 12. 6. 9. 7. 9. 9. 2
M.I.D.P.	3250 g.fém.	Vivant	Bon (9 ^e jour)	Nat. 20 min. ap.	15/20 liq. verd.	Normal	14. 13. 10. 8. 9

(1) Les diamètres sont indiqués dans l'ordre suivant :
O. F. — O. M. — S. M. B. — B. T. — B. P.

CAS OU LA TERMINAISON

Nom	Age	Nombre de grossesses	Terme	Durée tot. du trav.	Rupture des membranes	Expulsion
Mang.	26 ans	I	9 mois	34 heures	Spont. au début du trav.	4 heures
Mau.	23 ans	I	9 mois	18 heures	Spontanée 4 jours avant.	1 heure
Boy.	25 ans	II 1er à 7 mois, sommet, mort.	8 m. 1/2	4 heures	Spont. 2 heures av. début	45 min.
Duviv.	37 ans	VI 4 som. spont. à t. viv 1 à 3 mois	9 mois	17 heures	Spont 10 h. av. termin.	30 min.
Pol.	24 ans	I	9 mois	13 h. 45	Spont. sans doulr. 12 heur. avant début.	1 h. 45
Lec.	30 ans	IV 3 som. à terme spont. vivants	9 mois	6 heures	Spont. 1 heure av. D. C.	2 h. 1/2
Jars.	25 ans	II 1er à 6 mois	8 m. 1/2	7 h. 20	Artific. dil. 5 fr.	10 min.
Lac.	33 ans	III 1er à 4 m. 1 som. à terme spont.	9 mois	6 heures	Spont. 7 heures av. début	30 min.
Jall.	33 ans	II 1er à term. spont sommet.	9 mois	14 h. 45	Spontanée à D. C.	15 min.
Charbonn.	24 ans	I	9 mois	15 heures	Spont. 1 heure apr. début.	3 h. 1/2
Schm.	25 ans	III 2 avort. 2 mois et 3 mois.	9 mois	20 heures	Artif. à D. C.	2 heures
Thill.	27 ans	I	9 mois	29 heures	Spont. à D. C.	25 min.
Thier.	27 ans	III 2 som. à terme spont. vivants	9 mois	4 h. 30	Artif. à D. C.	10 min.
Qumig.	23 ans	I	8 m. 1/2	13 h. 1/2	Spont. au début.	15 min.
Luss. Vue 2 h. av. avec somm.	25 ans	III 2 à term. somm. spont. vivants	9 mois	28 heures	Artif. à D. C.	15 min.
Cham.	32 ans	III 2 à term. som. spont. vivants	9 mois	24 h. 1/2	Artif. à D. C.	30 min.
Petitj.	22 ans	III 2 à term. spont. viv. sommet.	9 mois	6 heures	Spont. à D. C.	30 min.
Laf.	25 ans	III 2 à term. somm. spont. vivants.	9 mois	3 h. 1/2	Spont. au début trav.	30 min.
Jon.	23 ans	II 1er som. forceps viv. face ant. du sacr lég. acces.	9 mois	15 h. 1/2	Artific. à D. C.	40 min.

A ÉTÉ SPONTANÉE

Position	Poids et sexe	État à la naissance	État à la sortie	Délivrance	Inspection du plac.	Cordon	Diamètres
M.I.G.A.	3788 g.fém.	Vivant resp. gênée	Bon 3780 g. (10 ^e jour)	Nat. 1 h. 1/2 ap.	15/25	Normal	12 1/2, 13 1/2, 9.9, 8 1/2, 9 1/2
M.I.G.A.	2160 g.mas.	Mort ap. ranimé	Bon 2400 gr. (5 ^e jour)	Nat. 30 m. apr.	6/25	Normal	14 1/2, 13, 9.8, 9 1/2
M.I.G.P.	2550 g.fém.	Vivant	Bon 2530 gr. (8 ^e jour)	Nat. 40 m. apr.	13/25 1500 g. liquide	un circul.	11 1/2, 12 1/2, 9.9, 7 1/2, 9 1/2
M.I.D.P.	3550 g.fém.	Vivant	Bon 3370 gr. (7 ^e jour)	Nat. 1 h. après.	8/30 liq. vert.	Normal	12, 13, 10, 8, 10
M.I.G.A.	3100 g.fém.	Vivant	Bon 2850 gr. (10 ^e jour)	Nat. 1 h. après.	12/30	Normal	13, 3, 14, 3, 10, 8, 8, 2.
M.I.D.P.	2970 g.mas.	Vivant	Bon (10 jours)	Spont. 20 m. apr.	12/40	Normal	11 1/2, 13 1/2, 9 1/2, 8 1/2, 9 1/2.
M.I.G.A.	3020 g.fém.	Vivant	Bon 3120 gr.	Nat. 10 m. apr.	10/28	Circ. serré	11, 5, 13, 1, 9, 1, 7, 4, 9.
M.I.D.P.	3750 g.mas.	Vivant	Bon (2 ^e jours) part en nourr.	Nat. 30 m. apr.	0/35	Normal	10, 2, 11, 2, 9, 8, 8, 2, 9, 5.
M.I.G.A.	3000 g.mas.	Vivant	Bon 2950 gr. (7 ^e jour)	Nat. 20 m. apr.	12/30 liq. verd.	Normal	12, 2, 12, 8, 9, 7, 7, 8, 10, 2.
M.I.D.P.	3500 g.mas.	Vivant mort après	Bon ran. 3670 g. (12 ^e j.)	Nat. 30 m. apr.	3/32	un circul.	10, 13, 9, 6, 8, 2, 9, 7.
M.I.G.A.	3430 g.fém.	Vivant	Bon 3370 gr. (10 ^e jours)	Nat. 1 h. 30 apr.	4/35	Normal	12, 3, 10, 2, 9, 7, 4, 9, 5.
M.I.D.P.	2900 g.fém.	Vivant	Bon parti en nourr.	Nat. 25 m. apr.	?	Normal	12, 13, 9, 2, 7, 5, 9, 5.
M.I.D.P.	3530 g.mas.	Vivant	Bon 3500 gr. (10 ^e jours)	Nat. 35 m. apr.	14/31	Normal	12 1/2, 13, 10, 8, 10.
M.I.D.P.	2650 g.mas.	Ranimé couveuse	Bon 2500 gr. (12 ^e jours)	Nat. 1 h. après.	20/25	Normal	10 1/2, 13, 9, 9, 10 1/2.
M.I.G.A.	3750 g.mas.	Vivant	Bon 3200 gr. (9 ^e jours)	Nat. 25 m. apr.	12/40 liq. vert.	Normal	12, 13, 9 1/2, 8, 10 1/2.
M.I.G.A.	4250 g.fém.	Vivant	Bon 4450 gr. (12 ^e jours)	Nat. 30 m. apr.	?	110cm. pas de cisail	13, 13 1/2, 10, 8 1/2, 9 1/2.
(?)	3500 g.mas.	Vivant	Bon 3700 gr. (8 ^e jours)	Nat. aussitôt	15/25	Normal	12 1/2, 14, 9 1/2, 8, 9 1/2.
M.I.G.A.	2220 g.fém.	Vivant	Bon 2405 gr. (9 ^e jours)	Nat. 40 m. apr.	4/28	Normal	11, 4, 12, 8, 5, 7, 7, 9.
M.I.D.P.	3050 g.mas.	Vivant	Bon 3100 gr. (7 ^e jours)	Nat. 30 m. apr.	?	Normal	14, 13, 9, 4, 7, 2, 9, 4.

CAS OU LA TERMINAISON

Nom	Age	Nombre de grossesses	Terme	Durée tot. du trav.	Rupture des membranes	Expulsion
Viet.	27 ans	I	9 mois	12 heures	Artif. à D. C.	3 heures
Ham.	29 ans	III 2 à terme spon.	à terme (20 nov. au 18 sept.)	17 heures	Spont. 2 h. ap. début.	2 heures
Recc.	18 ans	I	9 mois	20 heures	Spont. 5 h. ap. début.	1 h. 25
Fig. Vue l. h. av. avec somm.	26 ans	II 1er sommet, à terme, vivant.	8 mois	15 heures	Spont. 3 h. ap. début.	2 h. 20
Haisel.	30 ans	I 1er à terme, som. spon., vivant, 2e à 7 mois, mort	8 mois	7 h. 35	Artif. à D. C.	1/4 d'h.
Labonn.	19 ans	I	9 mois	4 h. 35	Artif. à D. C.	5 minutes
Marge.	24 ans	II 1er présent, face mort-né, pas de détails	9 mois	2 h. 50	Artif. à D. C.	15 minutes
Schn.	22 ans	I	8 m. 1/2	10 heures	Artif. à dilat. pr. comp.	1 h. 1/2
Gall.	22 ans	I	9 mois	10 h. 25	Prématuré ?	10 m. déch du périnée

CAS OU L'ON EST INTERVENU

Grand.	29 ans	II 1er sommet, à terme	9 mois	29 heures	Artif. à D. C.	1 h. (May- grier).
Dub.	23 ans	I	9 mois	19 heures	Spont. à paume de mains.	3 h. (Boissard en transversale.
Schr.	36 ans	VI 1 gemell, à 8 m. 1/2, 4 à terme sommet	9 mois	8 heures	Artif. à D. C.	2 h. (Pinard), mod. br. du cœur
Web.	26 ans	II 1er à terme, somm. spont.	9 mois	28 heures	Spont. 10 h. après début.	3 h. (Pinard),
Rich.	33 ans	VI 1er macéré, 2e à terme, sommet, 3e id, 4 basiotr., 5e forceps, viv.	8 m. 1/2	6 heures	Artif. à D. C.	2 h. Lepage

A ÉTÉ SPONTANÉE

Position	Poids et sexe	État à la naissance	État à la sortie	Délivrance	Inspection du plac.	Cordon	Diamètres
M. I. G. A.	4500 g. mas.	Vivant	Bon (?) (19 ^e jour).	Nat. ?	?	normal	?
M. I. D. P.	n. pesée fil.	Vivant	Bon ?	Nat.	(?)	?	?
M. I. G. P.	2980 g. fém.	Vivant	Bon ?	Nat. 1 h. 20 ap.	30/10	normal	12. 12,5. 9,5. 7,4. 9.
M. I. G. A.	2350 g. mas	Vivant	Bon 2130 gr. (10 ^e jour).	Nat. 40 m. ap.	12/24	normal	10,8. 12,3. 9,2. 7,3. 19.
M. I. D. T.	2090 g. mas.	Vivant	Bon 1950 gr. (10 ^e jour).	Nat. 10 m. ap.	26/8	normal	10 1/2. 11,8. 9. 7. 9.
M. I. D. T.	2620 g. mas.	Vivant	Bon 2690 gr. (7 ^e jour).	Nat. 30 m. ap.	22/4	normal	10,5. 13. 10,6. 7,7. 9,9.
M. I. D. T.	3670 g. fém.	Vivant	Bon 3780 gr. (6 ^e jour).	Nat. 35 m. ap.	33/2	normal	11,3. 13,6. 9,1. 8,1. 10,4.
M. I. D. T.	3720 g. fém.	Vivant	Bon 3880 gr. (9 ^e jour).	Nat. 35 m. ap.	19/4	normal	12,5. 13,5. 10,4. 8,5. 10,5.
M. I. G. P.	3470 g. fém.	Vivant	Bon, parti en nourrice.	Nat. 25 m. ap.	Découron.	normal	12,8. 12,7. 10. 8,5. 9,8.

AVEC LE FORCEPS

M. I. D. P.	3150 g. mas.	Vivant	Bon 3250 gr. (14 ^e jour).	Artific.	?	?	?
M. I. D. P.	4400 g. mas.	Vivant	Bon 4400 gr. (14 ^e jour).	Nat. 0 m. ap.	4/44 liq. norm.	normal	13 1/2. 14. 10. 8. 9 1/2
Promont. léger. acc.	Diff. pr. ext. les épaules						
M. I. D. P.	4250 g. mas.	Vivant	Bon 4280 gr. (9 ^e jour).	Spont. 10 m. ap.	5/42 liq. norm.	normal	?
M. I. G. P.	4200 g. fém.	Vivant	Bon (20 ^e jour).	Artif. 1 h. 10 ap.	12/30 liq. norm.	normal	12. 14. 10 1/2. 8 1/2. 10.
M. I. D. T.	4679 g. fém.	Vivant	Bon.	Nat. 15 m. ap.	41/10 liq. norm.	normal	12,5. 13,5. 10. 12,5. 10. 8,6. 11.
Bassin asymétriq. plus pet. côté dr., PSP = 11,2							

ENFANTS MORTS DANS LA

Nom	Age	Nombre de grossesses	Terme	Durée tot. du trav.	Rupture des membranes	Expulsion	Terminaison
Lay.	23 ans	II 1 ^{er} à 6 mois mort né	9 mois	21 heures	spont. 14 heures avant.	1 h. rotat. faite à l'arrivée.	Spontanée.
Amel.	26 ans	V 3 spont. à ter. som. 2 mort-nés 1 m. à 6 s. 1 mort à 6 mois	8 m. 1/2	3 h. 3/4	Artif. à D. C.	15 minut.	Spontanée.
Hull.	37 ans	IX 8 à term. spont sommet viv.	9 mois	10 h. 1/2	Artif. à D. C.	15 minut.	Spontanée.
Plater.	28 ans	II 1 ^{er} à terme som. spontané mort à 8 mois.	8 mois	36 heures	Artif à D. C.	30 minut.	Spontanée.
Delav.	26 ans	I	9 mois	21 heures	Artif. par sa fem. 10 h. mat. la veille de son entrée.	entre à 1 h. du matin. le chef prévenu arr. à 7 h. du m.	Basiotrips.
Bouiss.	20 ans	II 1 ^{er} à terme spont. vivant mort de conv. à 2 mois.	6 mois 1/2	11 heures albuminurie, la fem. perdait du sang dep. la veille	Artif. à D. C.	1/4 d'heures.	Spontanée.
Mar.	42 ans	V 1 ^{er} à ter. spont viv. 2 ^e à term. spont. viv. 3 ^e à term. spontané viv. 4 ^e fausse couch. 2 mois.	9 mois	20 heures	Artif. 1/1 h. apr. déb	? Entre av. 38 ^e de t. déch. comp du périnée	Basiotrips.

PRÉSENTATION DE LA FACE FRANCHE

Position	Poids et sexe	État à la naissance	État à la sortie	Délivrance	Inspection du plac.	Cordon	Diamètres
M.I.D.P.	3250 g. mas.	Vivant	Mort 7 j. apr. de convulsions	Nat. (?)	0/42	2. circ. au cou	12. 13.5, 9 8 1/2. 9 1/2
M.I.G.A.	2500 g. mas.	Mort app ^{te}	n'a pu être ran.	Spontan. 40 min. après suiv. d'hémorragie	8/40	2 circulair.	Non mesurés
M.I.G.A.	3040 g. fém	Mort	Macéré dep. 3 j. dans le serv.	Nat. 20 m. apr.	10/35 lig. vert.	2 circulair. serrés.	11 1/2. 13 9 1/2. 8. 10
M.I.D.P.	3100 g. fém.	Vivant	Mort le lend. ascite, pemphigus généralisé syphilis.	Nat. 10 m. apr.	15/30 lig. très ab. vert.	Normal	11 1/2. 13 1/2 10. 8. 10
M.I.D.P.	3250 g. fém.	Putréfié	2 applicat. de forceps en ville par médecin croyant avoir affaire à 1 siège	Nat. (?)	(?)	(?)	(?)
(?)	1410 g.)ém.	Vivant	Mise couveuse Morte 7 j. apr.	Spontanée, 45 m. apr.	Non mes.	Normal	(?)
M.I.D.T.	3800 g. mas.	4 applicat. de forceps en ville		Artif. 10 m. apr.	33/6 norm.	Normal	(?)

TRANSFORMATION MANUELLE DES

Nom	Age	Nombre de grossesses	Terme	Durée tot. du trav.	Rupture des membranes	Expulsion	Terminaison
Coll. 30 jan. 1884	21 ans	I	9 mois	25 heures	1 h. apr. déb. spont.	3 heures	Spontan.
Trass. Févr. 1888	17 ans	I	9 mois	17 heures	Artif. à D. C.	4 heures	Forc. déts sup. (Mautel)
Weil. Mars 1884	26 ans	III 2 à terme, spont. somm., vivants	9 mois	6 h. 1/2	Artif. à D. C.	1 heure	Spontan.
Clorm. Année 1884	24 ans	I	9 mois	43 heures	Artif. à D. C.	2 heures	Spontan.
Trav. Sept. 1888	34 ans	IV 3 spont. à terme, somm., vivants	9 mois	9 h. 10	Artif. à D. C.	10 min.	Spontan.
Meyl. Déc. 1887	25 ans	II 1er à 6 mois	9 mois	2 h. 1/2	Spont. au déb.	30 min.	Spontan.
Rich. Juillet 1885	24 ans	IV 1 à 8 m macéré, 2 à terme, som., spont., vivants.	9 mois	8 h. 30	Artif. à D. C.	2 h. 1/2	Spontan.
Emm.	38 ans	VIII 1 à 5 m., 6 à t., spontané	9 mois	9 heures	Spont. à D. C.	30 min.	Spontan.
Veil. Févr. 1884	26 ans	IV ?	9 mois	12 heures	Spontanée 7 h. apr. déb.	30 min.	Spontan.
Héli. Mars 1890	24 ans	III 1er à t., spont., vivant, 2e id.	9 mois	6 heures	Artif. à D. C.	2 heures	Spontan.
Nowozel Janv. 1890	20 ans	I	9 mois	11 heures	Spont. à dilat. presq. comp.	25 min.	Spontan.
Berthom. Sept. 1891	28 ans	III 2 prem., somm. spont., à terme, vivants	8 m. 1/2	24 heures	Spont. 1 heure après début	2 heures	Forceps modif. des bruits du cœur
Her. Juin 1891	22 ans	I	9 mois	32 heures	Spont. 24 h. après début	1 h. 50	Spontan.
Buiss. Année 1891	20 ans	I	9 mois	13 heures	Spont. 4 h. après début	2 heures	Spontan.
Chevill. Année 1892	31 ans	I	9 mois	55 h. 1/2	Artif. ?	?	Basiotrips. Bouffe de St Blaise à dil. pet., paume de main

PRÉSENTATIONS DE LA FACE (Période Frontale)

Position	Poids et sexe	État à la naissance	État à la sortie	Délivrance	Inspection du plac.	Observations
O.I.G.A. ?	3200 g.fém.	Vivant	Bon parti en nourrice	Nat. immédiate	12/29 normal	Bassin aplati à gauche.
O.I.G.T.	2900 g.fém.	Mort ap. ranimé	Bon 3000 gr. (11 ^e jour)	Nat. 2 h. 30 ap.	0/26 normal liq. vert	Bassin rétréci, vient consulter 6 février. On trouve fontan antér. au centre. Réduction par manœuvre aisée. Prem. douleurs 8 février, à onze heures.
O.I.G.T.	3400 g.mas.	Vivant	Bon 3450 gr. (11 ^e jour)	Nat. 1 h. après	20/28 cord. de 87 cm liq. abond	Promontoire accessible. Présentation du front en M.I.D.T.
O.I.G.A.	3000 g.mas.	Vivant	Bon 3120 gr. (9 ^e jour)	Nat. 4 h. après	? liq. noirât.	Bassin normal. Présentation du front en M.I.D.T. Rédu. par M. Pinard à la dilat. compl. après rupture par press. sur la fontan. ant.
O.I.D.P.	2900 g.fém.	Vivant	Bon ? (16 ^e j.) ⁽¹⁾	Nat. 1/2 h. ap.	10/38 liq. assez abond.	Bassin normal.
Sommet	3030 g.mas.	Vivant	Bon 3030 gr. (8 ^e jour)	Nat. 40 m. apr.	18/30 normal	Bassin normal. Transformation à la dilat. comm. 5 fr. par manœuvres combinées.
O.I.D.P.	2740 g mas.	Vivant	Bon 2700 gr. (9 ^e jour)	Nat. 1/2 h. apr.	9/30 normal	Bassin normal. Transform. à la dilat. compl. (à son arriv.) par pression sur l'occiput.
O.I.D.P.	4240 g.mas	Vivant	Bon 3800 gr. (20 ^e jour)	Nat. 15 m. apr.	12/35 normal	Bassin norm. Entrée 4 h. 1/2 après début du travail avec F.I.G.A. Transformat. spont.
O.I.G.A.	3900 g.mas.	Vivant	Bon ?	Nat. aussit. ap.	?	Transformation spontanée
O.I.D.P.	3890 g.mas.	Vivant	Bon 3800 gr. (6 ^e jour)	Nat. 30 m. apr.	38/4 normal	Bassin. normal. Déflexion pendant le travail. A la dilat. compl. on rompt la poche des eaux et on sent la racine du nez. Réduct. par manœuvres mixtes, par M. Pinard.
O.I.G.T.	2710 g.fém.	Vivant	Bon ?	Nat. 30 m. apr.	24/28 normal	Face ant. du sacrum accessible. Présentation du front en M.I.G.P. Réduction par manœuv. mixtes, par M. Lepage.
O.I.G.T.	4190 g.mas.	Vivant	Bon 4550 gr. (16 ^e jour)	Nat. 45 m. apr.	39/13 un circul.	Bassin normal. Déflexion de la tête pendant le travail. Présentation du front en M.I.D.T. Transformation par manœuv. mixtes, par M. Potocki.
O.I.G.A.	2690 g fém	Vivant	Mort (11 ^e jour) érysipèle de la paroi abd.	Nat. 55 m. apr.	22/4 normal	Transformat. spontanée.
O.I.G.P.	3120 g.fém.	Vivant	Bon 3580 gr. (8 ^e jour)	Nat. 45 m. apr.	27/10 normal	Transformat. spontanée
O.I.G.P.	2520 g.fém. sans subst. céréb.	Mort		Nat.	18/12 membr. déchir.	Transformation spontanée. Bassin rétréci. Rigidité anatomopathologique du col.

(1) Les points d'interrogation indiquent que le poids n'a pas été noté à la sortie.

BASSINS VICIÉS ET TÊTE DÉFLÉCHIE

Nom	Age	Nombre de grossesses	Terme	Durée tot. du trav.	Rupture des membranes	Position	Bassin
Mich.	22 ans	I	9 mois	20 heures	Artif. par s. femme, 12 h. apr. déb.	M.I.D.T.	Pr. s. p. 10, 2.
Ment.	27 ans	I	9 mois	6 jours	Artif. par s. femme 2 j. av. l'entrée.	M.I.G.T.	Prom. accessible.
Decoul.	21 ans	I	9 mois	57 heures	Spont. 12 h. apr. déb.	M.I.G.P.	Normal ?
Beiss.	33 ans	IX 3 fausses couches, 2 à terme, spontanés 3 par forceps un seul vivant.	9 mois	22 heures	Spont. 10 h. apr. déb.	M.I.G.T.	Pr.s.p.9.7.
Rich.	21 ans	II 1 ^{re} c'phalotripsie.	8 mois Accident provoqué, sonde.	42 h. 30.	Spont. 1 h. av. D.c.	M.I.D.P.	Pr. s. p. 8?
Alias.	23 ans	II 1 ^{er} à terme, spont., sommet, vivant.	9 mois	9 heures	Artif. à D.c.	M.I.D.P.	Pr. s. p. 10, 5.
Ler.	26 ans	III 2 à terme, sommet, vivants.	9 mois	15 h. 1/2	Sp. en vil. 5 fr. 1 h. av. term.	M.I.D.P.	?
Jouvell.	43 ans	III 2 à terme, sommet, spontanés, vivants.	9 mois	36 heures	Artific. 24 h. apr. début.	M.I.G.T.	Pr. s. p. 10, 2.
Verg.	18 ans	II	9 mois	?	Spont. 4 h. 1/2 dil. cont.	M.I.G.T.	Prom. accessible.

(VARIÉTÉ FRONTALE PERSISTANTE)

OBSERVATIONS

Entre 19 heures après le début. Dilatation complète, enfant mort, déchirure complète du périnée. 6 tentatives d'application de forceps en ville. Basiotripsie à l'arrivée par M. Varnier. Poids de l'enfant sans substance cérébrale : 2170 grammes. Irrigation continue pendant 2 jours. Périnéorraphie. Température maxima : 38°. Sort guérie 28 jours après.

Entre le 6^e jour. On sent encore les bords de l'orifice. Enfant mort et putréfié, température 39°. Tentative infructueuse d'application de forceps en ville. Basiotripsie 3 heures après l'entrée par M. Pinard. Poids de l'enfant : 4600 grammes sans substance cérébrale. M. Pinard éprouva de grandes difficultés dans l'extraction des épaules et dut aller chercher un bras. Irrigation continue pendant 7 jours. Temp. maxima : 40°. Sort guérie 17 jours après.

Entre 8 heures avant la terminaison. Dilatation incomplète. M. Auvard fait 8 heures après son entrée, dès que la dilatation est complète, une application de forceps pour fléchir la tête, sans succès. Tentative de déflexion manuelle sans succès. M. Auvard a alors recours à la version pelvienne par manœuvres internes et enfin à la basiotripsie. L'enfant mort pendant le travail (liq. putréfié, physométrie), pesait 3040 grammes sans substance cérébrale. La mère est morte 12 heures après. Rupture utérine.

Entre 3 h. 1/2 avant la terminaison. Enfant vivant se présentant par le sommet en OIOT, tête mal fléchie. Plusieurs tentatives de forceps en ville, ainsi qu'à l'hôpital, amenant finalement la déflexion de la tête et une procidence du cordon, d'où mort. Craniotomie, céphalotripsie par M. Pinard. L'enfant pesait 2630 grammes sans substance cérébrale. Température maxima : 38°2. Sort guérie le 13^e jour.

Les tentatives de réduction manuelle ont complètement échoué. Après une période d'expulsion ayant duré 2 heures, accouchement spontané d'une fille pesant 2900 grammes. Les suites ont été physiologiques et la mère est sortie guérie le 11^e jour, avec son enfant également en bon état. Diamètres : 12. 13. 8 1/2. 7. 9.

Entre à 1 h dilatation complète 30 minutes avant la terminaison. Le liquide qui s'écoule est vert. On constate par le toucher une procidence du cordon et d'un bras. Version pelvienne par M. Potocki qui extrait un enfant mâle du poids de 3980 grammes. Mort apparente, ranimé rapidement. Température maxima de la mère : 38°8. Sort guérie le 8^e jour avec son enfant en bon état (3870 gr). Diamètres : 12 1/2. 14. 10 1/2. 8 1/2.

Entre à dilatation comme 0,50. La tête est défléchie, très élevée ; poche des eaux inactive, enfant vivant. Tentative d'abaissement de l'occiput sans succès ; on constate alors une procidence du cordon et d'un bras ; tentative infructueuse de réduction après rupture des membranes. Le cordon vient à la vulve, 15 minutes après il cesse de battre. On fait alors la version pelvienne et on extrait un enfant du sexe féminin pesant 2800 gr., qui est mort quelque temps avant l'extraction. La mère sort guérie le 10^e jour. Le cordon avait une longueur de 78 c.

Entre à dilatation comme 2 fr. Après la rupture des membranes le liquide est vert. Enfant très volumineux. Intervention pour cause de fatigue de l'organisme maternel. Deux tentatives de forceps sans résultats. La main, introduite dans l'utérus, constate que le segment inférieur contribue à empêcher la tête de descendre. Céphalotripsie. La mère sort guérie 12 jours après.

Terminaison par le forceps. Enfant vivant du poids de 3810 gr. Légère ascension thermique le lendemain. La mère et l'enfant sortent en bon état.

CHAPITRE II

Historique.

Les livres d'Hippocrate (1) ne parlent pas de la présentation de la face. Le père de la médecine pense que l'accouchement n'est possible qu'autant que le fœtus présente un de ses petits bouts à l'ouverture du bassin, et il compare l'œuf humain contenu dans l'utérus à une amande renfermée dans une fiole dont elle ne peut sortir si elle se présente en travers. Si l'enfant vient au monde la tête la première, la femme accouche facilement. Au contraire, les mères succombent maintes fois, ainsi que les enfants, quand ceux-ci viennent ou par le tronc ou par les pieds.

Il faut traverser un long espace de temps et arriver à Guillemeau (2) pour trouver mentionnée la présentation de la face.

« La tête se rencontre tournée en quatre façons et » reposant sur le dos, sur son estomac et sur le bord » de ses épaules, et si l'enfant se présente autrement qu'il » ne doit, qui est la tête la première, il le faut retourner le mieux que faire se pourra..... De quelque façon » qu'il puisse être gisté, vif ou mort, si faire se peut, il

(1) Hippocrate. — Tome VII, De la nature de l'enfant.

(2) Guillemeau. — De la grossesse et de l'accouchement, Paris (1643).

» faut tirer la tête la première, sinon sera par les pieds
» les attirant doucement ensemble. »

Il savait aussi transformer les présentations de la face et repoussait d'abord le fœtus en totalité avant d'agir sur l'occiput pour l'amener au centre du bassin.

Viardel (1) conseille, pour ne pas contondre les parties molles, d'envelopper la main avec des compresses. Il pratique aussi l'abaissement de l'occiput mais en repoussant la face et en agissant sur la racine du nez.

Mauriceau (2) a également recours à la version et aux moyens employés par ses prédécesseurs. On trouve dans son traité l'observation assez complète d'un accouchement par la face, qui s'était terminé, non sans le surprendre, d'une façon naturelle. L'aspect particulier du fœtus après la naissance ne laisse pas de le frapper beaucoup et il le décrit d'une façon très détaillée.

Portal (3) a aussi observé des terminaisons naturelles.

« Tout ce qui peut arriver à l'enfant, c'est de souffrir,
» d'avoir la face noire, tuméfiée, à cause qu'elle a souffert
» de grandes violences à la sortie. »

Et il conseille :

« Que celui ou celle qui opère ait toujours la prudence
» de ne rien irriter avec ses doigts, autrement il causerait
» mille fois plus de mal à la femme et à l'enfant que
» l'accouchement ne pourrait leur en faire, n'y ayant pas
» plus de mystère en celui-là qu'au naturel. » On s'étonne
après cela de le voir recommander l'abaissement de l'occiput
et la pratique de la version.

(1) Viardel. — Paris, 1671.

(2) Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. (Paris, 1681).

(3) Portal. — Paris, 1685.

Peu (1) essaye de refouler la face par pression sur la racine du nez, après avoir rompu la poche des eaux. S'il ne réussit pas, le crochet lui est un moyen de terminer l'accouchement.

En somme, durant cette période du XVII^e siècle, tous les accoucheurs redoutent fort la présentation de la face; ils la décrètent contre nature et pensent, à quelques exceptions près, qu'elle ne peut se terminer spontanément.

Avac Deventer (2) on entre dans une autre phase; sans doute il adopte la ligne de conduite de ses devanciers, mais déjà la présentation de la face lui paraît susceptible d'être expliquée et le premier il lui reconnaît pour cause l'obliquité utérine.

Pour ramener l'occiput au centre, il conseille de soulever la poitrine du fœtus; la tête retombe, dit-il, dans l'excavation. S'il échoue dans cette manœuvre il pratique la version ou la perforation du crâne.

De Lamotte (3) s'étonne des terminaisons heureuses qu'il a constatées, et ne peut comprendre qu'une femme puisse accoucher de la sorte. Aussi, conseille-t-il de pratiquer la version: « la face, dit-il, est horrible à voir. »

Smellie (4), le premier, suit et décrit le mécanisme naturel de la présentation de la face à laquelle il attribue pour cause, comme Deventer, l'obliquité utérine. Sans aller jusqu'à considérer cette présentation comme aussi favorable que celle du sommet, il ne la classe cependant pas dans la

(1) Peu. — La pratique des accouchements. — Paris (1694).

(2) Deventer. — Observations importantes sur le manuel des accoucs. Paris (1733).

(3) Delamotte. — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. Paris (1763).

(4) Smellie. — Traité de la théorie et pratique des accouchements. Paris, (1771).

catégorie des accouchements contre nature, mais dans celle des accouchements laborieux.

Il cherche, comme ses prédécesseurs, à abaisser l'occiput; mais, dit-il, « le plus souvent, il n'est pas possible » d'y réussir lorsque les eaux sont évacuées, que la » matrice est fortement contractée sur l'enfant, que la » partie supérieure de la tête est si glissante qu'on ne » peut la retenir, de manière qu'on en vient rarement » à bout, quand bien même la compression ne serait » pas grande; alors le seul moyen de sauver l'enfant » est de le retourner. »

Pour favoriser la rotation : « faites tourner la tête avec le forceps et les doigts jusque sous les pubis, après quoi l'extraction sera aisée. »

A peu près vers la même époque, Deleurye (1), écrit : « Je ne crois pas que la position de la face soit » mauvaise, quand elle se présente *bien directement*, » *parce qu'on voit tous les jours pareils accouchements se » terminer naturellement. Ils sont à la vérité un peu plus » longs, mais enfin ils se terminent sans le secours de l'art.* »

Il semblait que la question allait être définitivement tranchée lorsque Baudelocque (2), dont l'influence a été si longtemps prépondérante en obstétrique, rejette les doctrines de Deleurye pour revenir à celles de Mauriceau. Toute sa vie, il nie obstinément la possibilité de la terminaison naturelle des présentations de la face; les considérant comme fatales pour la mère et pour l'enfant, il cherche en abaissant l'occiput, à transformer toutes celles qui se présentent à son observation. Il établit

(1) Deleurye. — Paris, 1771.

(2) Baudelocque. — L'art des accouchements. Paris (1781).

une classification de ces présentations et professe que le forceps ou la version sont les moyens les plus sûrs de terminer l'accouchement.

Au point de vue étiologique il pense pouvoir rattacher la présentation de la face à la mauvaise direction des forces utérines qui portent davantage sur un point de la tête antérieur à l'articulation occipito-atloïdienne. Il estime donc qu'elles sont plutôt secondaires que primitives.

En Allemagne Rœderer (1) enseignait, et pour cause, les mêmes principes que les auteurs français. Incontestablement le mérite d'avoir revendiqué les droits de la nature revient à Boër (2) ; le premier il établit d'une façon précise que les présentations de la face, ne constituant qu'une variété plus rare de l'accouchement physiologique, devaient être abandonnées aux soins de la nature.

Mais c'est à Madame Lachapelle (3) que revient l'honneur d'avoir apporté un nombre d'observations assez considérable pour lui permettre de donner une description très complète, et de tirer la rigoureuse conclusion que ces sortes d'accouchements doivent être abandonnés à leur tendance naturelle vers une terminaison spontanée.

D'après elle la présentation de la face est primitive et peut se voir dans le courant de la grossesse. Deux fois elle l'aurait observée sur le cadavre. Il existe d'abord, « une disposition première du fœtus au renversement de la tête » sans laquelle les autres causes ne

(1) Rœderer. — *Eléments de l'art des accouchements*. Paris (1763).

(2) Boër. — *Naturalis medicinæ obstetricæ* (1793).

(3) M^{me} Lachapelle. — *Pratique des accouchements*. Tome I, 3^e mémoire, Paris (1820).

seraient point suffisantes à produire la déflexion. L'obliquité utérine peut être un adjuvant considérable, mais seulement un adjuvant : « tous les jours nous voyons des obliquités énormes, sans que la face s'avance ». Quant à ce renversement préliminaire de la tête, le mécanisme peut s'en expliquer en admettant que le front du fœtus étant le plus souvent tourné en arrière, son propre poids l'entraîne en bas et le porte comme partie plus pesante vers le vide du bassin. De plus la contraction de l'utérus appuyant et poussant sur les parties les plus saillantes et par conséquent sur le front, l'occiput ne résiste pas autant et remonte, tandis que le front descend en produisant l'extension de la tête.

Au point de vue de la conduite à tenir : laisser agir la nature, car 72 présentations de la face ont donné 41 accouchements spontanés dont 38 enfants vivants et 3 morts seulement. Pendant le travail, détruire l'obliquité utérine si elle existe et soutenir le périnée.

Elle formule ainsi les règles de l'intervention : Au détroit supérieur, s'il y a inertie utérine, application de forceps, une branche en avant, une branche en arrière.

Elle pose en principe que le bord concave de l'instrument doit toujours être tourné vers le menton, Trouvant cette application trop difficile pour les positions diagonales, elle préfère la version dans le cas où celle-ci sera possible et le crochet si on a la certitude que l'enfant est mort. — Dans l'excavation, favoriser la rotation avec le forceps, si cette rotation tarde trop à se produire. Pour les cas où le menton regarde une des symphyses sacro-iliaques, pratiquer la réduction en une position franche, ou la version. L'extrémité céphalique étant à la vulve, forceps, ou crochet si l'enfant est mort.

Pour les variétés frontales, qu'elle est la première à séparer des autres, au détroit supérieur, corriger l'obliquité utérine qui est la cause de la disposition du fœtus à présenter le front et favoriser l'extension complète afin d'amener l'horizontalité de la face. Pour cela, soutenir à chaque douleur, d'abord le haut du front, puis le front lui-même, ce qui permet au menton de s'abaisser de plus en plus ; en deuxième lieu, tirer sur le menton avec deux doigts en crochet. Ou bien changer la position en une du vertex, mais cette manœuvre n'est pas aussi aisée que la précédente.

Elle rejette la pratique de ses prédécesseurs qui, avant de repousser la face, refoulaient le corps du fœtus. Pour ce qui est de ramener l'occiput au centre du bassin d'après la méthode de Baudelocque, elle n'attache pas grande importance à cette manœuvre, son expérience lui ayant montré qu'on atteint le menton bien plus facilement que l'occiput et qu'il vaut mieux favoriser la pente naturelle de la tête.

Dans les cas où la variété frontale persiste, dans les cas où il y a hémorrhagie, issue du cordon, inertie utérine, la version se trouve indiquée.

Enfin si, « par un hasard extraordinaire », on se trouvait en face d'une mento-sacrée, la tête fût-elle dans l'excavation, elle ferait tout pour aller aux pieds et retourner le fœtus.

Les observations apportées par M^{me} Lachapelle marquent une phase décisive dans l'histoire de la présentation de la face, car ses affirmations entraînent la conviction des accoucheurs de son temps.

Il faut faire cependant quelques exceptions ; ainsi

Flamant et Capuron (1) continuèrent à professer la doctrine des anciens, plus peut-être par respect de la tradition que par conviction personnelle, car les faits de Boër et de M^{me} Lachapelle se vérifiaient de tous côtés. Il semble donc que le débat eût dû se terminer ainsi. Il n'en est rien cependant, car tout accouchement spontané peut devenir dans certaines circonstances, dystocique, et réclamer une intervention. Les cas de dystocie, ainsi que les causes des présentations de la face continuèrent à soulever des controverses qui ne sont pas de nos jours absolument éteintes.

C'est ainsi que Velpeau (2) examinant les théories émises avant lui, pour expliquer la déflexion de la tête, accorde que toutes ces opinions sont en parties fondées ; mais aucune d'elles, dit-il, ne suffit à expliquer tous les faits, et souvent il est impossible de dire pourquoi la face descend plutôt que l'occiput. Dans la majorité des cas ce sont des positions renversées du vertex. Toutes les variétés peuvent se terminer sans secours, même la mento-sacrée, qui est très rare.

« Dans ce dernier cas, dit-il, le menton descend le long de la face antérieure du sacrum, tant que le lui permet la longueur du cou ; il s'arrête alors et le front seul continue sa marche vers le fond de l'excavation en glissant derrière les pubis. Il se présente ainsi sous l'arcade pubienne, et la tête, complétant son mouvement de flexion, l'occiput vient se dégager au détroit inférieur comme dans une position antérieure du sommet (3). »

(1) Capuron. — Paris, 1816.

(2) Velpeau. — Traité de l'art des accouchements, Paris, 1835.

(3) Le professeur Pajot fait remarquer que la bascule de la tête dans l'excavation, telle que l'entendait Velpeau, pour expliquer le dégagement en mento-sacrée, est impossible. Le mécanisme que Cazeaux a invoqué à son tour, est également, d'après Pajot, une vue plus théorique que pratique (Pajot. — Dict. encyclopédique des Sciences médicales, tome 1).

Cependant, les variétés postérieures étant les plus fréquentes et pouvant être regardées comme fâcheuses au point de vue du pronostic pour la mère et pour l'enfant, on doit les convertir en sommet, autant que possible lorsque la tête sera élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur, lorsque, par conséquent, les membranes seront intactes.

Si on échoue, on se tiendra prêt à pratiquer la version et en dernière analyse à faire une application de forceps, quand la tête sera engagée au point qu'on ne pourra, sans difficultés, la faire remonter et aller chercher les pieds.

Dugès (1) distingue des positions primitives où la face se présente d'emblée au détroit supérieur, sans qu'il soit possible de dire quelle cause a donné lieu à ce renversement de la tête et des positions secondaires résultant du travail qui transforme peu à peu un sommet en face.

L'obliquité utérine ou le renversement du fœtus vers sa face dorsale lui paraissent une explication peu suffisante et il admet plus volontiers que le fœtus est incliné vers sa face antérieure. Quoique la terminaison soit le plus souvent spontanée, il ne faut pas cependant oublier que le fœtus est gêné dans son attitude, qu'il est disposé à l'apoplexie et qu'il faut, par conséquent, se presser un peu plus que pour le sommet, d'opérer et se décider plus volontiers. Ainsi, les positions où le mouvement de rotation, pour porter le menton en avant sous les pubis, est très étendu, décideront à agir très promptement en cas de besoin. Mais les difficultés se rapportent presque toutes à la présence du front au milieu du bassin. Au lieu de

(1) Dugès. — Manuel d'obstétrique (Paris, 1840).

chercher à amener le vertex, il vaut mieux, agissant selon le vœu de la nature, provoquer la déflexion complète.

Le forceps étant trop difficile à placer lorsque la tête est élevée, on lui préférera la version; il sera au contraire d'un emploi plus rationnel et plus avantageux, si la tête est descendue dans l'excavation.

Paul Dubois et Désormeaux (1) écrivent dans le dictionnaire en 30 volumes : « Les présentations de la face » sont primitives et résultent d'une déflexion de la tête » dont la cause réelle nous échappe ordinairement, — » mais qui est certainement indépendante des organes » expulseurs ». — Rapportant une statistique comprenant les accouchements faits durant une période de neuf années à la Maternité et portant sur 85 présentations de la face, ils montrent que 49 ont été diagnostiquées avant la rupture des membranes, 19 immédiatement après cette rupture, les autres à une époque plus ou moins avancée du travail, et ils concluent qu'elles sont plus souvent primitives que secondaires. — L'extension de la tête est nécessairement antérieure au travail; on ne peut dire que les contractions utérines le produisent en faisant basculer la tête sur le bassin car ce dernier n'est pas sec et il est revêtu de parties molles, autant de circonstances qui empêchent l'arcboutement de la partie fœtale.

Partageant les idées de Velpeau sur le pronostic de ces présentations, ils rejettent cependant leur transformation systématique en présentation du sommet, à cause des nombreux inconvénients de cette manœuvre. A plus forte raison proscrireont-ils la version, opération qui n'est pas aussi simple qu'on l'a dit et qui constitue une condition

(1) P. Dubois et Desormeaux. — Dict. en 30 vol. Art. accouchement.

bien moins heureuse encore que les présentations de la face elles-mêmes. Leur avis est donc d'abandonner le travail à la nature.

Dans les positions postérieures, si la tête n'exécute pas son mouvement de rotation, on tentera avec le forceps de ramener le menton en avant; l'accouchement est encore possible, le menton étant en arrière, par les seules ressources de la nature.

Le mécanisme de ce dégagement n'est pas tout à fait tel que le jugeait Velpeau. Paul Dubois (1) pense que le menton poussé sur la grande échancrure sciatique, trouve là des parties molles dont la dépression lui permet de gagner l'espace nécessaire pour que le diamètre occipito-mentonnier puisse basculer, permettant ainsi à la tête de se fléchir, et à l'occiput de se dégager sous la symphyse. C'est aussi l'avis de Cazeaux (2) qui a fait remarquer que le mouvement de bascule tel que le comprenait Velpeau était impossible avec un fœtus à terme et un bassin ordinaire.

Mais en général l'accouchement présente dans ces circonstances des difficultés insurmontables dont l'art lui-même ne vient pas toujours à bout.

Dans les présentations du front, si l'occiput ne revient pas de lui-même au centre du bassin, la main seule ne pourra corriger cette irrégularité : le forceps sera nécessaire.

Chailly (3), comme Velpeau, admet les mento-sacrées et explique le dégagement par la dépression que le menton

(1) P. Dubois. — Gazette des Hôpitaux : De l'acc. par la face, 1841.

(2) Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des acc., 9^e édit., par Tarnier (1874).

(3) Chailly. — Paris, 1842. — Revue médicale, 1844. Tome I.

imprime au plancher du bassin, lorsqu'il arrive à la pointe du coccyx, dépression qui permet au diamètre occipito-mentonnier de basculer et à l'occiput de se placer sous l'arcade du pubis. Partisan résolu de l'expectation, il montre les dangers de toutes les manœuvres, et rappelle ce que Madame Lachapelle a dit au sujet des terminaisons spontanées des présentations de la face. Si l'on intervient dans les positions postérieures droites, celles-ci étant les plus fréquentes, il en résulte que l'intervention est la règle dans les présentations de la face, ce qui est contradictoire, puisqu'au contraire elle est l'exception.

Jacquemier (1), après avoir admis comme ses prédécesseurs des présentations primitives et secondaires, envisage d'une façon très détaillée la conduite que l'on doit tenir lorsqu'on se trouve en présence d'anomalies qui ne permettent pas la terminaison spontanée de l'accouchement. Lorsque la rotation ne se fait pas, dit-il, dans les cas où ce mouvement de pivotement est impossible, on se trouve très embarrassé.

On peut essayer la version qui, en dépit de la rupture de la poche des eaux ou de l'engagement profond de la tête, peut quelquefois se faire sans grandes difficultés, parce que l'utérus, après avoir lutté contre des obstacles considérables, offre souvent un relâchement très prononcé pendant un temps plus ou moins long. Si la version est impossible ou trop dangereuse, il reste encore à ramener le menton en avant à l'aide du forceps. Les efforts doivent être lents, répétés et modérés.

Mais si l'on n'aboutit pas, que faire?

Chercher à ce moment à transformer en sommet paraît

(1) Jacquemier. Traité d'obstétrique, 1846.

irrationnel, cependant c'est une voie que la nature suit quelquefois avec succès, et les tractions dirigées dans ce but n'ont pas toujours échoué. Tirer pour dégager le menton en arrière paraît aussi incertain et dangereux, mais les tractions exercées pour abaisser l'occiput ne sont pas moins désavantageuses ; il convient d'essayer ces manœuvres (tout en ne dépassant pas les limites au-delà desquelles elles deviennent aussi dangereuses pour la mère que pour l'enfant), avant de recourir à l'ultime ressource, l'écrasement de la tête.

Quant aux variétés frontales : « ou bien elles reviennent d'elles-mêmes à une position franche du sommet ou de la face, ou bien on les y ramène soit avec la main, soit avec le forceps. Mais si la tête conserve sa situation première, on conçoit que l'on puisse être dans l'impossibilité de l'entraîner et dans la nécessité d'avoir recours à la perforation du crâne. »

Ces théories de Jacquemier sont, à peu de choses près, les mêmes que l'on retrouve dans les traités contemporains d'accouchements. Les thèses de Gagnon (1), Decazis (2), Forcade (3), Caillet (4) s'inspirent des préceptes que nous venons d'analyser et n'ont pas apporté de documents nouveaux à la question.

M. le professeur Depaul (5) dans ses leçons de clinique obstétricale, pense que les présentations primitives de la face reconnaissent pour cause l'obliquité utérine, et surtout l'obliquité du fœtus. « Lorsque la tête, dit-il, est dans

(1) Gagnon. — Thèse, Paris, 1853.

(2) Decazis. — Thèse, Paris, 1858.

(3) Forcade. — Thèse, Paris, 1863.

(4) Caillet. — Thèse, Paris, 1867.

(5) Depaul. — Leçons de clinique obstétricale, 1872-1876 — Dictionnaire des sciences médicales, art. accouch.

une fosse iliaque, les contractions utérines en poussant le fœtus, la font basculer sur le bassin et on voit ainsi descendre la face au lieu du sommet.»

Quant aux présentations secondaires elles résultent d'une présentation du sommet transformée.

Il rejette la transformation en sommet et lorsqu'on se sert du forceps, « il faut opérer avec le plan bien arrêté de ramener le menton en avant, sous peine de s'engager dans des difficultés insurmontables. J'ai vu bon nombre de cas de la présentation de la face en mento-postérieure, dans lesquels on avait appliqué le forceps et fait les tractions les plus énergiques sans rien obtenir, quoique le bassin fût large et l'orifice complètement dilaté. Au contraire, si on exécute avec l'instrument le mouvement de rotation qui ne s'est pas produit, on fait disparaître toutes les conditions défavorables, et quoique cette opération ne soit pas toujours aussi facile à réussir que dans les présentations du sommet, on termine habituellement des accouchements pour lesquels des médecins peu expérimentés avaient employé inutilement plusieurs heures d'efforts énergiques et souvent très nuisibles».

Le Dr Carpentier (1) fait d'une façon générale l'histoire des présentations de la face. Tout en admettant des présentations primitives et secondaires, il laisse entrevoir que les faits relevés par Dubois, peuvent être susceptibles d'une explication autre que celle que leur a donnée cet illustre professeur.

Dans ce travail, l'auteur ne pose aucune conclusion, son but ayant été, dit-il, de servir en quelque sorte d'éclaircisseur pour ceux qui voudront plus tard reprendre le même

(1) Carpentier. — Thèse Paris, 1876.

sujet. Quant à sa ligne de conduite, il pose en principe qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir. On doit, dit-il, attendre 3 heures, et alors on pourra appliquer le forceps. Pour aider la rotation à se produire, il fait usage d'un procédé indiqué par M. Tarnier, qui consiste à aller accrocher le menton avec l'index pour le ramener sous le pubis.

Tarnier et Chantreuil (1) pensent que les présentations primitives existent d'une façon non douteuse, tout en reconnaissant que le plus souvent elles sont secondaires. Les présentations du front persistantes demandent l'intervention de l'art. Les anomalies du 3^e temps aggravent beaucoup le pronostic, car les applications répétées de forceps faites dans le but de ramener le menton en avant, sont souvent infructueuses. C'est une opération laborieuse, qu'on ne doit pratiquer que dans les cas d'absolue nécessité. Car un accouchement qui se serait terminé dans de bonnes conditions, s'arrête quand sa marche est troublée par des tentatives intempestives. L'opérateur trop pressé d'agir, s'il échoue, regrette trop tard les ressources qu'il aurait trouvées dans une expectative prudente (Tarnier).

Il ne reste plus en effet que la ressource de la basiotripsie. On s'abstiendra donc de toute intervention pendant le travail; si la rotation ne se produit pas, il faut la pratiquer avec le doigt, avec le levier et en dernier lieu avec le forceps. En fin de compte, si tous les moyens échouent, on devra s'adresser à la craniotomie. Après la rotation de la tête, si le menton reste trop longtemps sous la symphyse, le forceps est indiqué. S'il ne faut pas faire usage de la manœuvre de Baudelocque pendant le travail, on doit, à la fin de la grossesse ou au début de

(1) Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchement (1881).

l'accouchement, faire usage de la manœuvre de Schatz, et cela surtout dans les positions postérieures.

M. le professeur Pinard (1) dit : « J'ai examiné des milliers de femmes enceintes et je n'ai pas encore rencontré la face se présentant une seule fois franchement et constamment au niveau du détroit supérieur, chez une femme n'ayant pas eu des contractions douloureuses. » On peut penser que les faits de M^{me} Lachapelle, de P. Dubois, de Nægelé et de Spiegelberg, n'ont pas reçu de ces auteurs l'interprétation que l'on devait en tirer. Les présentations de la face pendant la grossesse sont tellement rares qu'on ne doit pas en faire une variété. Elles reconnaissent pour cause, avant tout et par-dessus tout, le défaut d'accommodation pelvienne.

La tête est saisie au détroit supérieur en attitude indifférente par la contraction utérine qui la défléchit. Après cette cause primordiale, on peut en invoquer d'autres secondaires. C'est ainsi que la forme et la situation de l'utérus, le volume du fœtus ou la forme de la tête peuvent être incriminés. L'influence la plus certaine réside ainsi que le démontre une statistique très importante dans la multiparité et la grosseur du fœtus.

Le pronostic étant moins favorable pour cette présentation que pour celle du sommet, il faut au début du travail, si l'engagement n'est pas prononcé au point d'empêcher la bascule du diamètre occipito-mentonnier, transformer en présentation du sommet par la méthode française. « Quand on intervient pour anomalie du 3^e temps, il est d'absolue nécessité que les tractions soient dirigées dans le but de

(1) Pinard. — Traité du palper abdominal. 1889. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. forceps.

ramener le menton sous la symphyse. Cette opération, extrêmement laborieuse, ne sera tentée qu'à la dernière extrémité.»

A l'étranger on professe à peu de choses près les mêmes doctrines qu'en France. Chiari, Braun et Spœth (1) reprenant les lois qu'avait formulées Simpson en Angleterre, sur la formation des présentations longitudinales et transversales, les étendent aux présentations de la face. Ces dernières, lorsqu'elles sont primitives, sont dues à des mouvements réflexes du fœtus supposé vivant et à terme. Lorsqu'elles sont secondaires, elles résultent de la transformation d'une présentation du sommet.

Hohl (2) et von Siebold (3) rejettent les présentations primitives. D'après Hecker (4) la présentation de la face reconnaît pour cause la dolichocéphalie.

Comme procédés opératoires, ce sont les mêmes qu'en France. C'est ainsi que Hildebrandt (5) et Pippingsköldt (6) recommandent la transformation en sommet. Plus tard Schatz (7) invente un nouveau procédé qui consiste à faire usage de manœuvres externes,

Noegelé (8) a constaté la présentation de la face quelques temps avant l'accouchement chez des primipares à travers le segment inférieur aminci. Il recommande de ne pas employer trop tôt le forceps, car on rencontre assez souvent de sérieuses difficultés, surtout lorsque le front regarde en avant. L'expectation est la ligne de conduite qu'il faut

(1). Chiari, Braun und Spœth. — Klinik der Geburtshilfe (1853).

(2) Hohl. — Lehrbuch der geburts 8835.

(3) Ed. von Siebold. — Zur Lehre von den Gesichtsgeburten 1839.

(4) Hecker. — Ueber die schadelform bei Gesichtslagen. Berlin 1869.

(5) Hildebrandt. — Monats. für geburtsh 1865.

(6) Pippingsköldt. — Bei zur Gesichtslagen. Berlin 1865.

(7) Schatz. — Archiv für gynakologie 1873.

(8) Noegelé et Grenser. — Traduit par Aubenas 1880.

pratiquer, et on ne fera la rotation avec le forceps que si la vie de la mère ou celle du fœtus se trouve menacée. Il a publiés en 1838 un cas qui démontre les suites fâcheuses de l'emploi *maladroit du forceps*.

Spiegelberg (1) a reconnu la face très distinctement une fois par 5 jours, une autre fois 8 jours avant le début du travail.

Schroder (2) distingue très soigneusement les présentations de la face et celles du front. Dans les premières il faut attendre tant que l'on peut et avoir ensuite recours au forceps. Si la face n'est pas engagée et si le menton est en arrière, c'est la version que l'on doit pratiquer. La version étant impossible, on transformera en présentation du sommet. — Dans les présentations du front, on pratiquera la version si le col est suffisamment dilaté, et le front encore mobile; sinon on essayera de transformer en présentation du sommet ou de la face par la méthode d'Hildebrandt.

Playfois fait observer que la rotation est assez souvent retardée jusqu'à ce que la face soit arrivée à la partie inférieure de l'excavation. On ne doit donc pas intervenir trop tôt. Il n'admet les tentatives de transformation que dans les cas où la face restant au-dessus du détroit supérieur, refuse de descendre. Il préfère, du reste, à tous les procédés quels qu'ils soient, la version podalique.

En Angleterre, Mathews Duncau (3) pense comme M. le professeur Pinard, que les présentations de la face sont secondaires.

Pour Robert Barnes (4) les frottements de la tête contre

(1) Schrœder. — Traduit par Charpentier, Paris, 1876.

(2) Spiegelberg. — *Schreibuch der Geburtshülfe*, tom. 1.

(3) Mathews Duncau, traduit par Budin, 1873.

(4) Robert Barnes, traduit par Cordes, 1872.

les parois du bassin, jouent un rôle considérable dans l'étiologie des présentations de la face. L'occiput, frottant au voisinage du trou ovalaire, s'arrête, et pendant ce temps la force utérine transmise par le rachis, se porte tout entière sur le front qui lui alors, continue à descendre. On peut donc, au début du travail, quand on voit que le front se présente, en appliquant l'extrémité de deux doigts pendant une douleur, le maintenir élevé, tandis que l'occiput descend. On emploie la version au détroit supérieur, et la main, le levier ou le forceps dans l'excavation.

*
* *

Si maintenant, nous jetons un coup d'œil récapitulatif sur cet historique, nous voyons que tous les auteurs sont d'accord pour considérer que les anomalies du 1^{er} et du 3^{me} temps peuvent susciter de graves difficultés à l'accouchement.

Dans la plupart, la dystocie qu'entraîne la présentation de la face en variété frontale est simplement mentionnée. Dans tous, la question du manque de rotation est longuement traitée et discutée; par le fait même le pronostic des présentations de la face s'en trouve notablement assombri.

Il nous a paru intéressant de faire ressortir que cette anomalie étant très rare, et l'intervention extrêmement délicate et périlleuse, on doit presque toujours sinon toujours se faire une religieuse loi de l'expectation.

Nous consacrerons un autre chapitre aux variétés frontales des présentations de la face. Nous y étudierons des procédés récemment remis en lumière, et qui nous paraissent tout à fait propres à suppléer à l'insuffisance de la nature dans cet accouchement si dystocique.

CHAPITRE III

Présentation de la face franche.

D'après Baudelocque et Gardien, la face s'oriente dans le bassin de quatre façons différentes : le plus souvent le menton est tourné en avant, directement en rapport avec la symphyse pubienne ; d'autres fois, on le trouve dirigé vers l'angle sacro-vertébral ; la troisième position comprend les cas où le menton regarde à droite, et la quatrième ceux dans lesquels le menton regarde à gauche. Madame Lachapelle a fait une restriction à cette classification, en montrant qu'on ne voit jamais le front du fœtus en contact avec la symphyse pubienne, ou avec la saillie sacro-vertébrale. Ce fait est aujourd'hui universellement admis. On prend dans le bassin trois points de repère : l'éminence ilio-pectinée, le milieu de la ligne innominée et la symphyse sacro-iliaque. Le point de repère fœtal était le front pour Depaul. Pajot et Tarnier ont pris le menton, pour suivre le même plan que dans les présentations du sommet, où l'occiput a été choisi parce qu'il se dégage le premier sous la symphyse pubienne.

On décrit aussi plusieurs variétés de présentations de la face. Madame Lachapelle parle des variétés mentale, malaire et frontale. La première résulte d'une extension

exagérée, la seconde d'une inclinaison de la tête sur une joue, on les voit la plupart du temps se réduire pendant le travail. La variété frontale persiste quelquefois; elle devient alors une cause de dystocie qui demande une intervention un peu particulière.

Nous ne parlerons pas ici des présentations primitives; nous n'en avons trouvé aucune consignée dans nos observations. Il est du reste probable, si l'on en rencontrait, qu'elles ne susciteraient d'autre indication particulière que la réduction manuelle avant le début du travail. Le plus souvent, en pratique, on constate la présentation de la face chez une femme en travail: généralement il s'agit d'une mento-iliaque droite postérieure.

De même aussi, on a affaire à des diamètres pelviens normaux, à un fœtus d'une grosseur moyenne, et toutes les conditions requises pour que l'accouchement soit normal, sont réalisées. Nous allons suivre pas à pas cet accouchement, en indiquant les causes de dystocie qui peuvent surgir et la façon dont on peut y remédier.

1^{er} Temps. — Le 1^{er} temps du travail consiste dans l'extension de la tête; l'ovoïde céphalique s'amointrit par déflexion, pour présenter au canal osseux un diamètre qu'il puisse accepter. Ce diamètre est le sous-mento-ou hyo-bregmatique. Il peut arriver que ce mouvement d'extension n'atteigne pas la déflexion complète, et que la tête s'arrête au moment où elle présente au détroit supérieur son diamètre mento-rétro-bregmatique.

En général cette anomalie est une simple cause de difficultés graves, qui seront examinées plus loin d'une façon détaillée.

En raison de la dystocie qui peut surgir plus tard, en ce

moment où la dilatation commence et sera bientôt assez grande pour permettre l'introduction de deux doigts, on doit essayer de produire une transformation en présentation du sommet. Le moment est très favorable, car la poche des eaux est souvent intacte, de plus la tête est encore mobile au détroit supérieur. Les observations de M. le Professeur Pinard (1) et celles qui sont rassemblées dans nos statistiques montrent qu'on peut souvent réussir. L'étude de la manœuvre est reportée aux variétés frontales des présentations de la face.

2^e Temps. — A mesure que les contractions utérines se succèdent, l'engagement se prononce, la progression se fait de plus en plus vers l'excavation, plus lente en moyenne que pour le sommet, surtout dans les variétés postérieures.

Durant cette progression, la face s'oriente suivant un diamètre oblique pelvien, elle choisit sa position. « La descente de la tête se fait plus ou moins profondément, suivant que l'on considère les variétés postérieures et les variétés antérieures. Dans les premières, le menton, avant d'atteindre le plancher de l'excavation, a la hauteur de la paroi postéro-latérale du petit bassin à parcourir; l'allongement de la partie prévertébrale du cou fœtal n'est pas assez considérable pour lui permettre de mesurer toute cette hauteur. Aussi avant que le menton atteigne le détroit inférieur, se trouve-t-il arrêté par la fourchette sternale et les clavicules qui viennent buter en haut sur la partie postérieure du détroit supérieur : « la face reste suspendue pour ainsi dire au-dessus du détroit inférieur, et la descente s'arrête incomplète » (2).

Dans les positions antérieures, au contraire, le menton

(1) Pinard. — Traité du palper abdominal.

(2) Farabœuf et Vernier, pages 74 et suivantes.

n'a à parcourir que la paroi antéro-latérale de l'excavation, dont la hauteur est beaucoup moindre que la précédente ; aussi dans ces positions de la face touche-t-elle le plancher périnéal à la fin du 2^e temps.

« Nécessairement il faut que dans les positions postérieures et même transversales, un premier degré de rotation — spontané et alors de cause indéterminé, ou provoqué par l'accoucheur — ramène le menton plus en avant, afin que la descente se complète autant que possible et permette à la face d'attaquer le détroit inférieur » (1).

L'intervention reconnaît ici les mêmes indications que dans la présentation du sommet. La cause la plus fréquente réside dans un défaut de proportionnalité entre le contenant et le contenu, et se trouve réalisée lorsque le fœtus est gros, lorsque le bassin est vicié par le rachitisme. La tête est alors indéfiniment retenue au détroit supérieur dans lequel elle ne peut s'engager. On ne doit pas se servir du forceps pour résoudre cette difficulté. La symphyséotomie nous paraît devoir être l'intervention de choix. La question de disproportion entre le fœtus et le bassin, n'est pas traitée ici, où elle ne constitue en somme que l'extrême exception ; elle sera mieux à sa place dans le chapitre des variétés frontales où elle est presque la règle.

3^{m^e} Temps. — Lorsque la descente de la face par progression est accomplie au degré possible pour chaque variété, il faut, de toute nécessité, pour que l'accouchement puisse se terminer, que le menton vienne se placer sous la symphyse.

(1) Farabœuf et Vernier, pages 74 et suivantes.

C'est le troisième temps de rotation interne, qui va se produire.

« Dans toute position franche de la face, dit M^{me} Lachapelle (1), il s'opère dans l'excavation une rotation par laquelle le menton est ramené sous le pubis, tandis que le vertex se loge dans la concavité sacrée. » Ce mouvement est absolument nécessaire pour que la terminaison soit spontanée, car s'il ne se produit pas, il faudrait « 1° Ou bien que les clavicules ou le sternum restassent sur l'angle sacro-vertébral, pendant que le menton descendrait au devant du périnée, puisque jusque-là la tête remplirait l'excavation du bassin; le col énormément allongé devrait mesurer toute la longueur du sacrum, du coccyx et du périnée, c'est à dire environ 8 pouces; 2° ou bien il faudrait que le thorax entier s'enfonçât dans l'excavation entre la tête et le sacrum, et qu'il fût assez aplati pour n'occuper au plus que 2 pouces de cette excavation, laissant les 3 autres pouces du diamètre antéro-postérieur, pour le diamètre sphéno-bregmatique de la tête. » Elle ajoute encore : « Smellie donne à entendre que le menton peut se tourner vers le coccyx, et le front derrière le pubis.

Il cite même un cas dans lequel les choses se sont ainsi passées, mais, ajoute-t-il, l'enfant était petit, le bassin large, les voies faciles. Je le crois, et je soutiens impossible un accouchement par la face quand le menton est en arrière, à moins qu'on n'ait affaire à un véritable avorton. J'ai bien vu deux ou trois fois la tête sortir transversale de la vulve, mais ces faits constituent des exceptions très rares. » Tous les observateurs ont confirmé ces paroles, et l'on considère que les anomalies du troisième

(1) Tome I, 3^e mémoire.

temps, consistant en absence de rotation, ou en rotation du menton en arrière vers le coccyx, apportent un obstacle insurmontable à l'accouchement. Quelques-uns tels que Velpeau, Chailly, Paul Dubois ont tenté, sans y réussir, de démontrer la possibilité d'un dégagement naturel (1) dans de pareils conditions ; mais en principe, ils se sont gardés d'infirmier la règle établie par M^{me} Lachapelle. Ils ont montré, au contraire, que loin de compter sur une complaisance de la nature qui fait le plus souvent défaut, on doit se tenir toujours prêt à la remplacer par les ressources de l'art.

On conçoit que cette difficulté dont on s'exagérait singulièrement la fréquence par tradition et raisonnement, ait de tout temps exercé la sagacité des accoucheurs. Dans tout ce qui a été dit sur la présentation de la face, on voit percer la crainte de l'absence de rotation, et les écrits du XIX^e siècle portent encore la marque évidente de cette préoccupation ; il semble que sous l'empire de cette idée, on ait un peu oublié la terminaison naturelle des présentations de la face, que M^{me} Lachapelle avait cependant formulée d'une façon si nette et si positive. Ainsi Velpeau, à quelque moment du travail qu'il se trouvât, transformait de parti pris, quoiqu'il fût cependant bien convaincu que toutes les positions de la face pouvaient se terminer spontanément. Mais, prévoyant certains dangers pour la mère et le fœtus, il pensait les leur éviter ainsi d'une façon bien plus certaine. On ne suit pas, il est vrai, Velpeau dans cette voie ; cependant, on discute beaucoup sur la conduite que l'on tiendrait le cas échéant ; chacun préconise son moyen favori, et l'on se contente d'indi-

(1) Voir chapitre II.

quer seulement que ces anomalies ne sont pas fréquentes. Chailly, Pajot, Nægelé ne procédèrent pas de la même façon : il eut peut-être mieux valu, à l'exemple de ces derniers, faire ressortir l'excessive rareté du manque de rotation, ou de la rotation en arrière, tout en montrant du reste que le mouvement du menton en avant peut très longtemps se faire attendre, car une confusion peut naître dans l'esprit.

Dans les positions postérieures en effet, qu'elles appartiennent d'ailleurs au sommet ou à la face, l'accouchement est un peu retardé. L'occiput, dans la présentation du sommet, le menton dans la présentation de la face, ont une circonférence de trois fois 45° à décrire ; aussi faut-il à la tête un certain laps de temps pour parcourir presque ce demi-cercle. Si l'on joint à cela les autres causes de retard inhérentes à la présentation de la face, on voit qu'en définitive le travail peut présenter une durée un peu longue ; les contractions utérines peuvent même, à certains moments, faiblir par suite de la fatigue de l'organe. L'accoucheur, énervé par sa cliente qui supplie qu'on abrège son épreuve, poussé par l'entourage qui réclame une intervention active, pense qu'il se trouve en présence d'une anomalie du 3^e temps, et se décide à faire une application de forceps. Avec un peu de patience et une médication simple, mise en œuvre pour réveiller la contractibilité utérine, il aurait vu la rotation se produire, au grand avantage de la mère et de l'enfant.

Voici ce que dit à ce sujet le professeur Pajot (1) : « En pratique on peut dire que le menton exécute à peu près toujours sa rotation intérieure. Les cas où ce mouve-

(1) Pajot. *Loc. cit.*

ment n'a pas lieu sont des plus rares, et les accoucheurs qui prétendent en avoir vu un grand nombre, ont mal interprété ce qu'ils observaient. Pendant 14 ans, à l'hôpital des cliniques, nous n'en avons pas rencontré un seul exemple. Les trois cas que nous avons vus se sont présentés l'un à l'hôpital Saint-Louis, et les deux autres dans la ville pendant une pratique de 22 années. Paul Dubois enseignait également qu'il considérait l'absence de rotation dans la face comme un fait d'une extrême rareté. D'ailleurs l'opinion générale vient à l'appui de cette assertion.

» On s'accorde aujourd'hui pour regarder la présentation de la face comme une de celles dans lesquelles l'expulsion se fait spontanément. Or, la position postérieure droite étant la plus commune, et l'accouchement devenant à peu près impossible sans la rotation, cette opinion générale est une confirmation de la rareté que nous indiquons.» Le mémoire de Chailly conclut à peu près dans le même sens.

Avant M^{me} Lachapelle on avait méconnu l'importance de ce mouvement de rotation, à plus forte raison la rareté de son absence était-elle complètement ignorée. On peut même présumer que, si la clairvoyance des anciens, si grande sur tant d'autres points, avait été ainsi mise en défaut, c'est qu'effectivement ils avaient rarement l'occasion d'observer ce mouvement, que la nature emploie pour mener à bonne fin un accouchement qui paraît, de prime-abord, si en dehors de ses lois. Nous entendons par là que Baudelocque et ses prédécesseurs, se laissant impressionner par l'aspect particulier de l'enfant, et pensant que cette présentation était contre-nature, cherchaient par tous les moyens en leur pouvoir, à corriger cette situation du fœtus. Or, c'est précisément cette ligne de conduite qui rendait si

dystociques les présentations de la face qu'ils observaient. Selon toute vraisemblance leurs manœuvres empêchaient la rotation de se produire, car elles étaient surtout propres à la contrarier ; aussi n'est-il pas étonnant qu'ils en aient observé si peu d'exemples, et que Baudelocque ait cru pouvoir affirmer que le menton pouvait se rencontrer en arrière du bassin. Sans nul doute c'était lui qui l'y transportait.

Il y a en effet un réel danger à intervenir pendant le 3^{me} temps de la présentation de la face, alors que la rotation n'est pas encore faite, alors que les eaux sont écoulées et que l'utérus est rétracté. Chailly (1) a montré qu'à ce moment du travail, il est presque puéril de tenter la manœuvre de Baudelocque. On ne pourrait y réussir qu'à condition de soulever la tête, perdant ainsi tout le bénéfice du travail accompli, et supportant de la seule main qui maintient la tête tout l'effort de la contraction utérine. En supposant même qu'on puisse vaincre une pareille difficulté, on s'expose à pratiquer la rupture utérine, la procidence du cordon ou d'un petit membre, ce qui force à recourir au forceps malgré la réussite de la manœuvre.

Enfin, si on a su éviter ces accidents, on n'a pu empêcher en débouchant le détroit supérieur, le liquide contenu encore dans l'utérus, de s'écouler : il en résulte que le fœtus n'est pas suffisamment protégé contre la compression trop immédiate de l'organe. La version est évidemment passible des mêmes objections. On va voir que le forceps peut pour le moins causer des méfaits tout aussi graves.

(1) Chailly. — Revue médicale, 1844. Tome I.

Lorsqu'on fait une application de forceps sur la face dans l'excavation, il faut opérer avec l'intention bien arrêtée, comme dit le professeur Depaul, de ramener le menton en avant sous la symphyse pubienne. Il ne suffit pas cependant de bien connaître la ligne de conduite, il faut encore être tout à fait familiarisé avec le forceps, dont le maniement en cette occasion exige une délicatesse de main particulière. Les gens les plus expérimentés et les plus habiles redoutent de l'employer, tant ils sont convaincus des désastres qu'il peut produire. L'extrémité céphalique en effet, étant en extension complète, présente son diamètre mento-bregmatique, 9 centimètres $1/2$, au diamètre oblique du bassin, dans lequel elle est engagée et qui peut l'accepter puisqu'il mesure 12 centimètres. De même le diamètre antéro-postérieur de l'excavation qui est également grand de 12 centimètres, pourra tout aussi bien lui livrer passage, lorsque tout à l'heure elle accomplira son mouvement de rotation. Il suffit que la prise soit défectueuse, que les tractions soient intempestives pour que cette harmonie naturelle soit entièrement bouleversée.

Le forceps, en effet, est un puissant agent de flexion et de déflexion, suivant la façon dont on conduit les cuillers sur les côtés de la tête fœtale. Dans les présentations de la face, ils faut que les becs des cuillers soient conduits devant les oreilles sur l'angle du maxillaire, car les tractions auront alors pour résultat d'exagérer l'extension de l'extrémité céphalique. Mais, si on pousse les cuillers directement sur les oreilles ou si on les enfonce presque sur les apophyses mastoïdes, les tractions ont, dans ce cas, pour effet, d'abaisser l'occiput, tendant à substituer au diamètre sous-mento-bregmatique un diamètre mento-rétro-bregmatique qui n'est plus acceptable pour la

filrière pelvienne. Le résultat est l'enclavement de la tête dans l'excavation d'où le basiotribe seul peut la sortir, car des tractions violentes au point de produire des délabrements les plus considérables dans l'organisme maternel, ne sont pourtant pas assez énergiques pour amener le fœtus au dehors (1).

Il est donc très important d'être bien pénétré de l'excessive rareté des anomalies du 3^e temps. La règle est que toujours la rotation ramène le menton en avant sous le pubis ; le contraire doit être rangé dans cette catégorie de faits si rares en médecine que le praticien, tout en ne les ignorant pas, ne doit pas, pour ainsi dire, en tenir compte dans l'exercice journalier de son art. Aussi, interviendra-t-on au dernier moment seulement, et lorsqu'il sera démontré qu'il y va de la vie de la mère ou de l'enfant. Grâce à cette conduite sage et prudente, presque toujours la rotation se produira et l'accouchement se terminera spontanément.

Les trois observations qui suivent confirment ce qui vient d'être dit. Les deux premières concernent les deux cas de basiotripsie de notre statistique ; la troisième est extraite de la thèse du Dr Decazis, et peut être donnée comme un exemple de rotation tardive, survenant alors qu'on avait désespéré de la voir se produire.

OBSERVATION I

Extraite des registres de Lariboisière (M^r Varnier).

La jeune Delavi., marchande de vins, entre le 18 mai, à 1 heure du matin, salle Sainte-Anne, n^o 3, isolement.

(1) Farabœuf et Varnier, chap. VI, p. 291 à 297, fig. 244 à 247.

Primipare, irrégulièrement menstruée, elle a cessé de voir ses règles depuis la fin d'août. Grossesse sans incidents.

Les premières douleurs ont apparu le 17 mai, à 4 heures du matin. Une sage-femme rompt artificiellement les membranes à 10 heures du matin. Vers 4 heures du soir, le travail n'avançant pas, on appelle un médecin qui diagnostique une présentation du siège et fait une première application de forceps, sans résultats.

A 1 heure du matin, la femme est amenée à l'hôpital, on la trouve dans l'état suivant : Ventre développé comme à 9 mois, contractions utérines subintrantes, on n'entend pas les battements du cœur fœtal. La vulve n'est pas déchirée. Une large ecchymose occupe le périnée et la face interne des fesses. Il est probable que les tractions à l'aide du forceps ont été faites en bas et en arrière.

Au toucher, on trouve la muqueuse vaginale déchirée en tous sens et le doigt en ramène des lambeaux. La dilatation est complète. On arrive sur la face qui est enclavée dans l'excavation suivant le diamètre oblique gauche, le menton étroitement appliqué contre la symphyse sacro-iliaque droite. Les tractions faites en ville ont eu probablement pour effet d'abaisser fortement l'occiput et de produire cet enclavement de la partie fœtale.

La mère est très fatiguée, sa température est normale, le pouls bat 140 fois la minute.

L'interne et la sage-femme essayent en vain, après avoir introduit la main très profondément en arrière du menton, de ramener cette partie vers le pubis : la partie fœtale est solidement fixée dans la position qu'elle occupe. Malgré des contractions utérines très fréquentes, le travail ne fait spontanément aucun progrès. M. Pinard voit la malade à 6 heures et demie du matin, décide de pratiquer la basiotripsie et fait donner du chloroforme à cette femme.

La perforation est pratiquée au niveau de la racine du nez ; la branche gauche du basiotribe est placée sur l'occiput, au niveau de l'extrémité antérieure du diamètre oblique gauche, de façon à rendre possible l'application de la branche droite sur le menton.

L'introduction de la branche droite est assez difficile, tant le menton est étroitement appliqué contre les parois de l'excavation. Après un seul broiement et à l'aide de tractions lentes et soutenues, combinées à un mouvement de rotation, la tête est extraite aisément

et sans lésion du périnée. L'accouchement est terminé. La tête est saisie suivant le diamètre occipite-mentonien, le menton occupant la fenêtre de la branche droite.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 3250 gr. L'épiderme commence à se détacher. Délivrance naturelle 20 minutes après; les membranes sont entières, le cordon est normal. Le liquide amniotique est vert et très fétide. On fait une injection intra-utérine avec la solution au biiodure à 1 p. 4000.

L'examen du vagin pratiqué en ce moment fait reconnaître des lésions plus graves qu'on ne l'avait cru tout d'abord. A gauche et en avant le doigt pénètre dans une sorte de canal qui le conduit sur la face postérieure de la branche ischio-pubienne dénudée dans une étendue de 1 à 2 cm. A droite il existe une dénudation beaucoup plus marquée. On fait comme traitement des injections antiseptiques toutes les heures et des irrigations intra-utérines toutes les 4 heures.

Le 19, température 39°5, pouls fréquent et filiforme, vomissements alimentaire. Le ventre peu douloureux à la pression, commence à se ballonner au niveau des annexes de l'utérus. Rétention d'urine.

Le 20 et le 21 ces symptômes vont en s'exagérant; les parois du vagin se sphacèlent. On fait des injections au biiodure et à l'acide phénique et de grandes irrigations d'une demi-heure très fréquentes. Onguent napolitain sur le ventre, champagne et boissons glacées.

Le 22 au matin, le ballonnement du ventre atteint des proportions énormes. Vomissements noirs peu fréquents, température : 38°8, Pouls 170. A l'aide du trocart explorateur Dieulafoy, on fait cinq ponctions de l'intestin qui donnent issue à des gaz très fétides. La malade est très soulagée pendant toute la journée; mais le pouls reste petit à 170 pulsations. Dans la nuit elle tombe dans le collapsus et meurt le 23 au matin. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION II

Extraite des registres de Baudelocque.

La nommée Henriette Mar...; 42 ans, cinq grossesses antérieures, est amenée à la clinique Baudelocque à 5 h. du matin, le 13 août 1892. Son état général est mauvais, la respiration est fréquente. Pouls, 130; température 38°.

Cette femme raconte qu'elle a subi quatre applications de forceps en ville, après la rupture artificielle des membranes qui a eu lieu la veille vers onze heures du soir, et qu'elle est en travail depuis le 12 août, à onze heures du matin.

On constate par l'examen obstétrical que l'utérus est normalement développé; elle ne sait pas à quelle époque elle a eu ses dernières règles. Le fœtus paraît volumineux, on n'entend pas les bruits du cœur. La tête est défléchie, la face se présente en MIDT. Le périnée présente une déchirure complète qui a été produite par les applications de forceps faites en ville. Cette femme perd du sang, lequel semble venir des déchirures faites à l'orifice utérin pendant l'intervention.

On fait aussitôt prévenir M. Varnier qui, après d'être assuré de la mort du fœtus, fait la basiotripsie le 13 août à 7 h. 20 du matin.

La face est au détroit supérieur inclinée sur la joue postérieure. L'œil antérieur est très rapproché de la symphyse pubienne. Perforation par l'orbite antérieure. Application de la cuillère gauche du basiotribe en arrière et à gauche. Pour faire le petit broiement il faut employer la vis. Après fixation du crochet, la cuillère gauche est ramenée directement à gauche. La cuillère droite est appliquée alors directement à droite. Pendant le grand broiement le mouvement de rotation d'accommodation au détroit supérieur se fait spontanément. Engagement facile. Rotation au détroit inférieur pour ramener le menton sous la symphyse. Dégagement facile, le tronc vient sans difficulté. Pendant toutes ces manœuvres il n'a pas paru qu'il y eût un rétrécissement prononcé du bassin. L'enfant, du sexe masculin, pesait 3800 gr. sans substance cérébrale.

La température est restée élevée avec des rémissions jusqu'au 20 août. Le 7 septembre cette femme était complètement guérie. Avant son départ on voulut examiner son bassin. Mais la chose fut rendue impossible, par une large surface de tissu cicatriciel faisant disparaître pour ainsi dire le cul de sac vaginal postérieur et latéral gauche, et se dirigeant vers la partie gauche du vagin. Ce tissu peu extensible ne permettait pas au doigt d'aller jusqu'à l'angle sacro-vertébral. On recommanda à cette femme de venir se faire examiner au 7^{me} mois, s'il lui survenait une nouvelle grossesse.

De la lecture de ces deux observations ressort toute l'importance du diagnostic ; si on avait, en effet, reconnu la présentation, on n'aurait pas insisté sur les tractions, et la vie de la mère, tout au moins dans un cas, eût pu être sauvée, sinon celle du fœtus.

D'après M. le professeur Pinard (1), « le palper dénote la présence d'une grosse tumeur au-dessus, au niveau, ou au-dessous du détroit supérieur, suivant la période du travail à laquelle correspond l'examen. Cette tumeur paraît n'occuper qu'un côté, ou plutôt une moitié du petit bassin : très arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté, elle semble manquer de l'autre. On peut, dans certains cas, sentir du côté opposé à la tumeur accessible, une saillie en forme de fer à cheval, nettement caractérisée, et constituée par le maxillaire inférieur et le menton ».

Le toucher peut présenter des difficultés ; des erreurs sont possibles, si l'on n'est pas averti. Tout d'abord la tête est trop élevée pour qu'il soit possible de rien distinguer ; dans certains cas cependant, si on a le soin d'attendre l'intervalle d'une contraction, le doigt arrive à travers la poche des eaux sur une petite éminence occupant le centre du bassin. La tête étant un peu plus descendue, on se rend compte de la situation éprouvée, et on reconnaît le nez. En fléchissant un peu la dernière phalange on constate deux ouvertures séparées par une cloison intermédiaire, ce sont les narines dont la direction indique l'orientation du menton vers les points de repère pelviens. Près de la racine du nez, sur la même ligne, on perçoit un rebord que souvent l'on peut suivre dans tout son contour et qui ne laisse plus de doute sur la

(1) Loc. cit.

nature de l'organe, c'est l'œil ; le toucher dans cette région doit être fait d'une façon particulièrement douce ; M. Carpentier (1) rapporte qu'il vit dans le service de M. le professeur Depaul un œil arraché par suite de la violence en pratiquant l'exploration. Enfin le doigt, continuant sa route, peut pénétrer dans la bouche, et un peu plus loin constater la forme de fer à cheval du menton. Mais lorsque la femme est en travail depuis longtemps, les lèvres sont bouffies, les joues tuméfiées prennent des dimensions si considérables qu'elles viennent au contact l'une de l'autre et cachent dans leur sillon le nez et les yeux. Dans ces conditions, il est très facile, au premier abord, de prendre les joues pour les fesses, et la bouche pour l'anus. Un examen plus attentif permet de connaître qu'on n'a pas affaire au siège : il suffit d'introduire le doigt dans la bouche, quelquefois on sent des mouvements de succion, plus souvent les dimensions de cet orifice, ainsi que la présence du rebord alvéolaire, lèvent tous les doutes. S'il en reste, avant toute tentative d'intervention, il faut recourir au toucher manuel.

OBSERVATION III

(D^r Decazis)

La femme P.... 25 ans, piqueuse de bottines, bien conformée, constitution bonne, est transportée à l'hôpital des Cliniques le 22 nov. 1857 et entre à la salle de travail ce même jour à sept heures du matin.

Elle a déjà accouché une fois d'un enfant venu à terme et par le sommet.

Cette femme donne les renseignements suivants. Elle a ressenti les premières douleurs la veille, dès huit heures du matin. Une sage-femme

(1) Carpentier. — Loc. cit.

appelée, reste près d'elle une grande partie de la journée. Celle-ci, voyant que l'accouchement n'avance pas, introduit la main dans le vagin et pratique des manœuvres longues et douloureuses sur la malade, pour se rendre compte de ce qui empêche la terminaison. Elle conclut à une présentation vicieuse et demande un accoucheur. Celui-ci confirme l'opinion de la sage-femme et juge une intervention nécessaire. Deux tentatives infructueuses d'application de forceps sont essayées. La version n'a pas plus de succès. Malgré de grands efforts, ce moyen n'a été suivi d'aucun résultat. L'accoucheur dirige alors cette femme dans le service de M. le professeur P. Dubois.

L'examen attentif de cette femme, pratiqué quelques instants après son entrée, permet de reconnaître, non sans quelques difficultés, une présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure. La dilatation est complète, les eaux sont écoulées depuis la veille à la suite de la rupture artificielle des membranes opérée par la sage-femme.

L'état de santé de l'enfant paraît sérieusement compromis. Pas de bruits du cœur à l'auscultation.

Pendant cette exploration, la malade, couchée à peine depuis vingt minutes, sent ses douleurs se réveiller. Suspendues depuis plusieurs heures, les contractions, d'abord faibles, deviennent en peu de temps énergiques, la rotation de la tête s'exécute avec facilité, et en moins d'une heure elle accouche d'un enfant mort, mais très bien constitué et parfaitement à terme. Il pèse 3,400 gr. Le travail avait duré vingt-quatre heures environ.

Délivrance naturelle vingt minutes après.

La face de l'enfant est énormément tuméfiée. Elle porte de nombreuses ecchymoses dont quelques-unes ne présentent point de doute sur leur origine. Elles sont certainement pour la plupart le résultat des tentatives qu'on a opérées avec la main ou le forceps. Qui sait même si ce dernier n'a pas été la cause de la mort de l'enfant !

La femme dont il s'agit ici présente une durée prolongée du travail par suite d'inertie utérine : on pouvait croire qu'il y avait là un cas d'anomalie du troisième temps. Or, cette anomalie n'a pas eu lieu, puisque la rotation se produisit au moment où l'on se préparait à

intervenir ; si donc on avait excité la contractilité utérine qui s'était éteinte, la rotation se serait sans doute produite plus tôt, et l'on aurait pu avoir l'enfant vivant.

Quelle conduite faut-il donc tenir pendant le troisième temps de la présentation de la face ? Assistera-t-on, spectateur inactif et désintéressé, à la prolongation du travail ? Loin de là : s'il traîne en longueur, ce qui, nous le répétons, est exceptionnel, il faut essayer de l'abréger, mais en se servant de moyens propres à ne pas compromettre la vie de la mère ou celle de l'enfant. Ainsi, se servant du procédé de M. Tarnier, on introduit la main aussi profondément qu'il est nécessaire dans les organes génitaux ; deux doigts sont glissés en arrière du menton et poussent celui-ci d'arrière en avant et de droite à gauche pour les positions droites, d'arrière en avant et de gauche à droite pour les positions gauches. D'autre part, les contractions de l'utérus seront surveillées avec le plus grand soin, car on se rapellera que dans maintes circonstances, c'est à l'inertie de l'organe qu'il faut imputer le retard de la rotation. Pour exciter la fibre musculaire utérine, on ne choisira pas l'ergot de seigle, ou un de ses succédanés : ces médicaments, en effet, tant qu'il existe quelque chose dans la matrice, fœtus, placenta ou caillot, sont dangereux.

Le doigt promené sur les bords de l'orifice donne quelquefois lieu à une action mécanique réflexe. Si ce moyen ne réussit pas, on doit faire des injections d'eau antiseptique chaude (45° ou 48°), non seulement sur le col, mais encore, si c'est possible, entre l'œuf et les parois qui le contiennent. Cependant, il peut se produire des événements autres que le retard de la rotation. C'est, d'une part, du côté de la mère : la fatigue excessive de tout

l'organisme, ou des accès d'éclampsie. Quant au fœtus, sa souffrance se marque toujours d'une façon uniforme : les battements du cœur se ralentissent, ou deviennent, au contraire, précipités et tumultueux ; c'est généralement la compression du cordon qui est en cause, soit qu'il fasse procidence ou qu'il soit comprimé entre l'occiput et le dos.

Autant tout à l'heure était blâmable l'intervention qui avait pour but de parer à une éventualité dont rien n'assurait la réalisation, autant serait néfaste l'inaction, à présent que la mère ou l'enfant courent de réels dangers. Il faut donc agir avec promptitude et décision. La femme sera placée en position obstétricale, les cuisses fléchies sur le bassin ; les jambes fléchies sur les cuisses seront confiées à deux aides. Une toilette rapide des organes génitaux externes et une injection vaginale seront pratiquées. Le forceps, préalablement flambé, trempera dans un liquide antiseptique, à portée de la main de l'opérateur et prêt à être introduit dans les voies génitales.

Rarement on aura l'occasion de l'appliquer sur une variété postérieure, car il est exceptionnel d'en rencontrer une qui soit irréductible. Ici comme pour les obliques postérieures du sommet, la seule introduction de la main destinée à guider la cuiller postérieure, détruit la variété postérieure de la présentation de la face et la réduit en transversale. Toutes les applications du forceps qui se pratiquent sur la face, consistent donc en définitive, à quelques rares exceptions près, à saisir la tête en variété transversale ou en variété antérieure (1).

Nous ne nous étendrons pas sur le manuel opératoire

(1) Farabœuf et Varnier, page 437.

des applications de forceps dans la présentation de la face. On le retrouvera dans le traité de MM. Farabœuf et Varnier; à côté de la description de ces maîtres, celle que nous pourrions donner nous-même manquerait de précision et de clarté. Nous contentant donc de renvoyer à ce chapitre spécial, nous concluons que le mode d'application de l'instrument pour chaque position et chaque variété de la face, est le même que pour la position et la variété correspondantes du sommet (1).

4^e Temps. — Lorsque la rotation est faite, le menton se trouvant sous l'arcade pubienne, l'extrémité céphalique est toute prête à franchir le détroit inférieur. Un premier mouvement dégage le menton en avant, tout en portant le bregma sur le coccyx. Dans un second mouvement, c'est l'arrière-tête, l'occiput lui-même qui force le coccyx et se dégage au détroit inférieur musculaire.

La résistance du détroit pubo-coccygien, surtout chez les primipares, peut entraver le 4^e temps. En général, les contractions utérines en viennent à bout. Mais enfin il peut en être autrement, étant donné surtout que les fœtus sont souvent très volumineux : le fait peut donc se présenter quoique rare à ce point que pas une seule fois dans nos statistiques, on n'a eu à intervenir, après la rotation faite. Ici on n'hésiterait pas autant à appliquer le forceps, car, le menton étant sous le pubis, nulle difficulté ne peut s'élever contre son emploi. Il faut encore suivre le manuel opératoire recommandé par MM. Farabœuf et Varnier.

« Le menton, vers lequel doit être tourné la concavité pelvienne du forceps, est directement en avant. Les lignes

(1) Farabœuf et Varnier, pages 457 et suivantes.

pariëto-malaires, lignes d'application des cuillères, sont directement l'une à gauche, l'autre à droite.

» Donc, première branche, branche gauche, à pivot, — guidée par la main droite, — tenue par la main gauche, — cuillère introduite à gauche en en arrière puis amenée, (mouvement spiral de 45°), à gauche et sur le côté.

» Deuxième branche, branche droite, à encoche, — guidée par la main gauche, — tenue par la main droite, — cuillère introduite à droite et en arrière, puis amenée (mouvement spiral de 45°), à droite et sur le côté.

» Articulation régulière. — Pas de rotation à faire, — Dégagement en mento-pubienne. Tirez, ayant en mémoire les phases de l'accouchement spontanée. » (1)

5^e Temps. — Après le passage du détroit supérieur, le front balaye le périnée qui bombe de plus en plus à chaque contraction utérine. De même que dans le temps précédent, deux mouvements de flexion sont encore nécessaires pour franchir la vulve; l'un amène le bregma à la commissure postérieure; dans le deuxième c'est l'occiput, l'arrière-tête, qui paraît à son tour à la commissure postérieure.

La cause de dystocie serait ici la résistance de l'anneau vulvaire. C'est plus rare encore que la dystocie au détroit inférieur. Ritgen a indiqué pour le sommet une manœuvre qui peut également s'appliquer à la face. Un doigt est introduit dans le rectum, et dans l'intervalle des contractions, il pousse en haut le front en appuyant sur l'occiput.

Les derniers temps de l'accouchement ne présentent rien qui soit particulier à la présentation de la face. La tête accomplit son mouvement de rotation externe; il faut

(1) Farabœuf et Varnier, page 458.

alors la tirer en bas pour dégager l'épaule antérieure. En ramenant ensuite le fœtus en haut, presque sur le ventre de la mère, l'extraction est très facilement terminée.

Protection du périnée. — Lorsque dans le 5^e temps, l'extrémité céphalique accomplit son deuxième mouvement de flexion, qui a pour effet de porter au-delà de l'anneau vulvaire la région retro-bregmatique si saillante et si large, le passage de l'arrière tête peut être fatal au périnée. Pour se prêter à la distension exagérée qu'elles subissent, les parties molles doivent être souples ; si, au contraire, elles sont dures, rigides, comme cela arrive souvent chez les primipares, la sangle périnéale ne résiste pas ; on la voit s'amincir peu à peu, jusqu'au moment où une déchirure se produit.

On peut éviter cet accident au moins dans beaucoup de cas. Il faut d'abord que le siège de la femme soit élevé à l'aide de draps placés dessous, pour que toute la région périnéale soit bien à découvert. Autrefois l'accoucheur, passant un bras par-dessous une cuisse de la mère, embrassait de la paume de la main le périnée, et la tête que celui-ci contient, dans l'intention de soutenir les parties molles et de repousser en haut l'extrémité céphalique. On a pensé depuis que la paume tout entière n'était point nécessaire, et que les trois premiers doigts de la main pouvaient suffire pour cette manœuvre.

L'essentiel est de ne permettre aux parties génitales qu'une distension lente et graduelle, et d'empêcher le passage brusque de l'arrière-tête. On y arrive de la façon suivante : tant que le bregma n'est pas encore à la commissure postérieure de la vulve, on s'abstient de toute manœuvre. Il est inutile de repousser la tête en haut,

car, ainsi que le fait remarquer Madame Lachapelle, il n'est pas nécessaire d'augmenter la pression que subit déjà le cou sur le pubis. Lorsque le bregma apparaît à la commissure postérieure, il faut tout arrêter, en ordonnant à la mère de ne plus pousser. En même temps, l'accoucheur, faisant face à la vulve, le coude appuyé sur le lit, abaisse le pouce sur le bregma en employant la force nécessaire pour empêcher les bosses pariétales de passer, jusqu'à ce que de l'autre main, il les ait dégagées petit à petit en rétropulsant les parties latérales et inférieures de la vulve (Varnier).

Etat de l'enfant après l'accouchement. — Cet état, reconnu par Mauriceau, peut être une cause d'alarme très vive pour la famille. L'enfant naît avec la face violacée, vultueuse, livide, démesurément bouffie et tuméfiée ; le visage est encore déformé par une énorme bosse séro-sanguine qui peut s'étendre jusqu'aux yeux. Ceux-ci recouverts par les paupières, doublées de volume, présentent quelquefois une ecchymose sous-conjonctivale. Le nez s'efface presque dans le gonflement des joues, les lèvres énormes sont bleuâtres, bref tous les traits disparaissent presque sous cette énorme tuméfaction. La tête a une tendance à rester défléchie. Le médecin doit rassurer la famille sur cet état si alarmant en apparence ; tout cela disparaît complètement et spontanément au bout de trois à quatre jours. L'ecchymose sous-conjonctivale peut persister plus longtemps ; on sait qu'elle ne présente aucune gravité.

CHAPITRE IV

Variétés frontales de la présentation de la face.

Lorsqu'on examine, par le toucher, une femme en travail, si l'on atteint avec une facilité presque égale les deux fontanelles, c'est que l'extrémité céphalique est dans une attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion. Lorsque la fontanelle postérieure est remontée au point de n'être plus accessible, quand on ne trouve plus que le bregma et quand le front est au centre du bassin, les régions de la face, autres que la racine du nez et les yeux restant inaccessibles, c'est qu'on a affaire à la variété frontale de la présentation de la face.

L'extrémité céphalique a subi un mouvement d'extension qui a détruit l'attitude indifférente, mais qui est encore trop peu accentuée pour créer une présentation de la face. En général, ce n'est là qu'une attitude transitoire; tôt ou tard l'extension se complète et la présentation franche de la face est constituée. Dans d'autres circonstances, la variété frontale persiste.

Cette variété frontale persistante comporte un pronostic beaucoup plus réservé; « J'ai vu, dit M^{me} Lachapelle, la tête descendre et sortir le front le premier, sans s'être réduite ni d'un côté ni de l'autre, soit que les efforts utérins aient suffi à son expulsion, soit que le forceps y ait suppléé. Ce ne sont là que des expulsions rares. Le plus souvent les

positions frontales persistantes, ne peuvent se terminer spontanément (1). »

C'est qu'en effet, la tête présente alors au détroit supérieur son diamètre mento-rétrobregmatique inacceptable même par les diamètres obliques pelviens. Il faut des conditions toutes particulières pour que l'accouchement se termine d'une façon spontanée. Ces conditions sont réalisées lorsque le fœtus est petit ou très malléable et les voies maternelles larges.

Nægelé (2) décrit ainsi le mécanisme de cette terminaison : « La suture frontale, transversale au début, se met peu à peu dans un diamètre oblique, et finit par arriver dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Là le front et la moitié de la face jusqu'au maxillaire supérieur, se dégagent au-dessus de l'arcade pubienne, décrivant un arc de cercle, d'arrière en avant et de bas en haut au dessus du périnée, et seulement alors la partie inférieure de la face, c'est-à-dire la bouche et le menton, se dégage au-dessous de l'arcade pubienne.

« Quelquefois la tête traverse en position transversale le détroit inférieur et l'ouverture vulvaire : la face, moins le maxillaire inférieur qui reste en arrière, se développe d'un côté de la vulve, puis l'occiput de l'autre côté, et à la fin le maxillaire inférieur avec le menton franchit la fente vulvaire. »

M. Budin (3) a publié une observation sur le même sujet, nous en extrayons le passage suivant : « La tête ayant pénétré dans l'excavation, est arrivée au détroit inférieur et le front tourné maintenant en avant, placé au

(1) M^{me} Lachapelle. — Loc. cit.

(2) Nægelé et Greuser. — Traduit par Aubenas, Paris, 1880.

(3) Budin. — Thèse Paris, 1876.

dessous de la symphyse pubienne est à la vulve. Une minute après une nouvelle douleur survient; le bord alvéolaire du maxillaire supérieur est appliqué sous le bord inférieur de la symphyse. Les arcades sourcilières, le nez, le maxillaire supérieur, font saillie hors de la vulve et le mouvement de sortie s'arrête. Une nouvelle contraction arrive; le vertex puis l'occiput se dégagent au devant de la commissure antérieure du périnée. Cela fait, la tête s'abaisse et le maxillaire inférieur, qui était fixé derrière la symphyse pubienne, sort à son tour. L'enfant, pourrait-on dire, mordait la symphyse : la tête reste ainsi sortie, l'occiput en arrière.

Après quelques instants une nouvelle contraction utérine survient.

L'occiput tourne alors à droite, le front à gauche, les épaules s'engagent et sortent ainsi que le front. »

Quelque difficile que soit cet accouchement, il n'est donc pas impossible; des contractions utérines, violentes et répétées parviennent en tassant la tête, en la moulant, à amoindrir son grand diamètre, à les réduire à des proportions acceptables par les diamètres pelviens, et l'extrémité céphalique, après être très longtemps restée au détroit supérieur, finit par s'engager. Mais c'est seulement au prix d'une déformation considérable.

Le front est très saillant et présente une tuméfaction ordinairement énorme d'un bleu violacé, s'étendant de la racine du nez à l'angle aigu de la grande fontanelle, l'occiput est aplati ainsi que la face, le nez est quelquefois dévié de côté. D'après M. le professeur Tarnier (1), la tête dans sa forme générale, représente une sorte de coin dont

(1) Tarnier et Chantreuil. — Loc. cit.

la partie saillante est au front et la partie épaisse à la base du crâne.

Ainsi réduite, l'extrémité céphalique chemine péniblement et lentement dans les voies génitales, traverse l'excavation et se dégage à la vulve.

La façon dont elle descend a soulevé des controverses. M^{me} Lachapelle prétendait que le diamètre occipito-mentonnier devait s'engager parallèlement au plan du détroit supérieur ; c'était là pour elle la raison qui rendait l'accouchement si difficile. Mangiagalli n'admet pas qu'un tel mécanisme soit possible, et il pense que le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation : « L'extrémité mentonnière du diamètre occipito-mentonnier, dit-il, s'engagera dans la filière pelvienne avant l'extrémité occipitale de ce diamètre, rendant ainsi possible la descente ultérieure de la partie qui se présente, puisque le diamètre occipito-mentonnier s'insinue obliquement dans l'anneau qui représente le détroit supérieur. » Cependant comme l'occiput se dégage de la vulve, bien avant le menton, il s'en suit que la tige occipito-faciale doit basculer dans l'excavation.

Ce mouvement n'est pas possible, malgré la rétro-pulsion du coccyx, invoquée par M. Devars (1) parce que, avant d'atteindre le coccyx, l'occiput doit traverser une partie de l'excavation qui n'est pas douée de la même mobilité.

D'après M. Blanc (2), il faut, pour que l'occiput puisse descendre dans l'excavation et gagner la courbure sacrée, que, par un mouvement inverse, le menton remonte le long de la paroi pelvienne antérieure et se dégage au-

(1) Devars, thèse de Lyon, 1885.

(2) Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1886.

dessus du détroit supérieur. Avant même que l'occiput ait glissé sous la ligne innominée, le menton est remonté et libre.

A cet instant du mécanisme, la base du crâne s'incline en bas et arrière, de telle sorte qu'au fur et à mesure que l'occiput se loge dans la concavité du sacrum, le menton s'élève de plus en plus avant. Ainsi, tandis qu'au moment de l'engagement, aux deux premiers temps de l'accouchement par le front, l'extrémité mentonnière est le point le plus déclive, au 3^e temps, c'est l'occiput. Le plan de la base du crâne s'est donc incliné en sens inverse, regarde maintenant en haut et en arrière, et non plus en avant et en haut. »

Ces idées sont aussi à peu près celle de Marchioneschi, qui admet la descende de Mangiagalli (1) et suppose que le menton remonte ultérieurement, pour permettre la descende de l'occiput.

La théorie de M. Blanc, qui admet deux mouvements de descende séparés par une ascension, n'est pas vérifiée par les observations cliniques ; c'est ce que fait ressortir Pollosson qui ajoute : « le toucher montre que les parties perceptibles demeurent toujours les mêmes pendant la descende et jusqu'au dégagement » (2). Je pense donc que le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation, mais de telle façon que son extrémité occipitale pénètre avant son extrémité mentonnière.

Suivant M. Fochier (3) de Lyon, il est singulier de voir les auteurs s'escrimer, pour expliquer la progression du

(1) *Annali di obstetrica*, 1884.

(2) Pollosson. — Du mécanisme de l'accouchement dans les présentation du front. *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1892.

(3) *Province médicale*. 28 Juillet 1889.

diamètre occipitomentonnier, à admettre des oscillations de ce diamètre, qui n'existe pas, ou qui n'existe plus, puisque dans la présentation du front, ses dimensions sont supprimées par la déformation de ses deux extrémités.

La conclusion de M. Fochier paraît très plausible. Quoiqu'il en soit, la terminaison spontanée est un cas exceptionnel, car, ainsi que le démontre nos statistiques, la question se complique dans la majorité des cas de rétrécissement du bassin.

L'angustie pelvienne est une cause prédisposante importante de ce genre de présentations. La conduite à tenir devient alors très délicate, et des moyens employés dépendent deux existences, celle de la mère et celle du fœtus.

Dans les 9 cas de variétés frontales avec viciation pelvienne que nous avons réunis, voici ce qui se produisit :

1° Cinq essais d'extraction avec le forceps, donnèrent comme résultat quatre enfants morts et un vivant. — *a*) L'enfant pesait 3170 gr. (sans substance cérébrale) et le bassin de la mère mesurait 10,2 cent. (de promontousous-pub.) — *b*) Le poids de l'enfant était de 4,600 gr. (sans substance cérébrale) tandis que l'angle sacro-vertébral était accessible. — *c*) Le forceps ayant produit une déflexion complète de l'extrémité céphalique il s'en suivit une procidence du cordon et d'un bras; l'enfant mourut. — *d*) Le fœtus étant volumineux et le bassin rétréci, le forceps ne put entraîner la tête, on fut obligé de pratiquer la basiotripsie. — *e*) Dans ce dernier cas, enfin, il n'y avait pas disproportion entre le fœtus et les voies maternelles; une application de forceps bien faite, évita une procidence du cordon et amena un enfant vivant.

2° Trois essais de flexion de la tête à une période avancée du travail, n'eurent aucun effet, ou amenèrent une procidence du cordon et d'un bras. Résultat ; 2 morts et un accouchement spontané.

3° Une procidence spontanée du cordon nécessita la version pelvienne qui donna un enfant vivant, quoique né en état de mort apparente.

Les résultats réellement désastreux de cette statistique montrent l'insuffisance des procédés préconisés jusqu'à ce jour par les auteurs classiques. Il est nécessaire de discerner les cas où réduction, forceps, version et embryotomie doivent être tour à tour employés ou rejetés.

Mais auparavant nous devons mettre en relief un fait qui ressort de la lecture de nos observations. C'est d'un côté l'absence des procidences dans la présentation de la face franche, et d'un autre côté la fréquence de cette complication dans les variétés frontales persistantes de cette même présentation. En effet, sur les 9 cas examinés plus haut, 3 fois il y eut procidence : du cordon seul une fois, du cordon et d'un bras deux fois ; mais on doit remarquer que ces procidences se sont produites dans 2 de ces cas, à la suite de plusieurs tentatives d'applications de forceps faites en ville, et d'une tentative de réduction manuelle. Déjà M^{me} Lachapelle fait observer qu'on ne trouve aucune procidence du cordon dans son relevé de la présentation franche de la face, mais, dit-elle, ce fait est peut-être dû à la négligence. De même, d'après Pernice, c'est aussi dans la présentation de la face que l'on rencontre le plus souvent la procidence des petits membres. Cependant de Winchel, sur 400 cas, en a relevé 25, soit 6,2 %. Sur ces 25 cas, on nota 20 fois une main ou les 2 mains, 4 fois un pied, une fois les 2 pieds ;

Le pronostic se ressent beaucoup de cette complication. Cazeaux a rapporté deux observations qui en montrent le danger, particulièrement lorsque c'est le pied qui est prolabé. Dans une de ces observations le bassin était vicié, la présentation était une mento-gauche incomplète avec pied gauche procident et jambe en avant. Il essaya successivement et sans résultat des tractions sur les pieds, la rétropulsion manuelle, la double manœuvre d'Outrepont pour la version, trois applications de forceps et en dernière analyse il fut obligé de recourir à la céphalotripsie.

Le docteur Leflemm (de Pontrieux) a rapporté l'histoire d'un accouchement de jumeaux, dont le 2^me présentait la face avec procidence d'un pied et d'une main. La version ne put être tentée, les tractions avec le forceps échouèrent et la femme succomba.

La question des procidences du cordon seul, des petits membres, et du cordon avec des petits membres, a été traitée par M. Vernier d'une façon très approfondie; nous en tracerons seulement une rapide analyse, en renvoyant pour plus de détails aux tomes III et IV de la Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance (années 1891-1892).

Procidence du cordon seul. — 1^{er} cas. La dilatation est incomplète et la poche des eaux est intacte. Il faut tenter la réduction manuelle et fixer la présentation en rompant la poche, *seulement dans les cas où il y a hydropsie de l'amnios* (Pinard). Dans les autres cas, surveiller les battements du cœur, empêcher tout soulèvement ou tout déplacement de la présentation, jusqu'à ce que l'orifice utérin soit complètement ouvert ou largement dilatable.

Si la poche des eaux est rompue, rétropulsion manuelle. Si cette manœuvre échoue, ou si la procidence se reproduit, version dite bipolaire de Braxton-Hicx. Enfin, si la version bipolaire est impossible, essayer à tout hasard d'un instrument rétropulseur, de préférence celui de Durdan.

2^e cas. — La dilatation est complète, ou l'orifice est largement dilatable, et la poche des eaux est intacte. Ici encore la rétropulsion manuelle a l'avantage d'éviter à la mère et à l'enfant les dangers inséparables d'une grande intervention.

Si la poche est rompue, on doit faire la version lorsque la tête est élevée et mobile. Lorsque la tête est engagée, on emploiera le forceps, en prenant toutes les précautions pour ne pas pincer le cordon.

Procidence des membres. — La rétropulsion manuelle, lorsqu'elle est possible, est l'opération de choix.

Si la tête est profondément engagée, il faut renoncer à la réduction manuelle pour avoir recours au forceps en prenant bien garde de pincer les membres entre les cuillers et la tête.

» Si la rétropulsion manuelle a échoué, s'il y a plusieurs extrémités procidentes et avec elles le cordon, si enfin malgré la réduction l'engagement ne se fait pas, c'est à la version qu'il faut s'adresser.

Dans les cas rares où l'enclavement de la tête et du membre procident est tel qu'on ne peut songer à la version et que le forceps échoue, céphalotripsie. Même conduite si l'enfant, étant mort, une intervention est reconnue nécessaire.

La procidence des membres inférieurs peut donner lieu à quelques indications particulières, telles par exemple que

celle d'amener le siège en tirant sur les membres procidends, si l'on n'a pas le temps de tenter la rétropulsion, s'il faut terminer vite. S'il n'y a qu'un pied et que l'évolution ou l'engagement présente des difficultés, on ira à la recherche de l'autre pied, et l'on reprendra les tractions.

En cas d'échec, et le fœtus étant vivant, on appliquerait le forceps. La céphalotripsie, qui est la dernière ressource, serait pratiquée d'emblée si le fœtus était mort.

Procidences des membres compliquées de procidences du cordon. — Le cordon domine la scène et détermine l'intervention. Si on se prononce pour la rétropulsion, on tentera de refouler le tout à la fois, et, si c'est impossible, on réduira d'abord le cordon.

Si la dilatation est complète et que rien ne presse, tenter d'abord la rétropulsion. Si la rétropulsion échoue, terminer par la version de préférence, à moins que l'engagement des parties n'impose le forceps.

Il est exceptionnel d'observer la variété frontale de la présentation de la face, lorsque le bassin est normal, car dans ce cas la règle est la transformation spontanée de cette variété en face, si on lui en laisse le temps. Néanmoins, comme cette éventualité est possible, nous examinerons deux catégories de faits :

Des faits dans lesquels on a affaire à des bassins normaux ou ne présentant qu'un très léger rétrécissement, avec un fœtus de dimensions ordinaires, la présentation en elle-même sera la seule cause de dystocie; en second lieu, des faits où le rétrécissement du bassin, la grosseur du fœtus viendront apporter leur contingence aux difficultés de l'accouchement.

§ I

Malgré les cas de terminaison spontanée qui ont été signalés, malgré l'explication d'un mécanisme naturel qui a été donné aux variétés frontales des présentations de la face, l'intervention est toujours imminente, lors même que les circonstances les plus favorables se trouveraient réunies. Aussi, sans compter sur la nature trop souvent impuissante, est-il préférable d'agir tout de suite au mieux des intérêts de la mère et de l'enfant.

Est-il avantageux de transformer ces présentations en présentations du sommet ? M. le professeur Pinard, considérant que le pronostic des présentations de la face franche est toujours un peu sombre, est d'avis de leur substituer au début du travail une présentation du sommet. A plus forte raison ici cette question ne peut paraître douteuse si l'on compare les deux tableaux donnant les résultats l'un des terminaisons des variétés frontales, l'autre des transformations manuelles de cette position. En effet, les 5 cas de réduction spontanée étant mis de côté, il reste 10 cas où la manœuvre fut suivie de succès et où l'accouchement se termina d'une façon normale.

La réduction manuelle aurait donc le grand avantage de transformer une présentation dystocique en une présentation eutocique.

Préconisée par Baudelocque, par M^{me} Lachapelle, ayant trouvé des partisans et aussi des détracteurs en Allemagne, elle fut, en 1844, vivement critiquée par Chailly qui en a tracé de main de maître les contre-indications. Ces objections ayant été déjà examinées, nous ne pensons pas devoir y revenir.

En 1873, Schatz, ayant étudié d'une façon très appro-

fondie l'action que l'accoucheur peut exercer sur le fœtus à travers les parois abdominales, décrit un nouveau procédé consistant en manœuvres externes :

On saisit les épaules du fœtus à travers l'abdomen et l'utérus et on le soulève, tandis qu'un aide exerce une vigoureuse pression sur l'occiput pour fléchir la tête.

Cette manœuvre est difficile et exige une grande habileté de mains.

Elle n'est possible que dans les cas où l'utérus et la paroi abdominale possèdent une souplesse particulière.

Souvent les contractions abdominales, s'unissant à la contraction utérine, jettent, pour ainsi dire, l'accoucheur dehors, et lui opposent un obstacle insurmontable.

Quand la double barrière qui protège le fœtus est assez complaisante pour se laisser suffisamment déprimer, si l'on réussit à bien saisir l'épaule antérieure, l'épaule postérieure se dérobe, fait remarquer le professeur Pinard, et il est impossible de la saisir.

La vieille méthode française donne des succès plus nombreux.

« Le diagnostic de la présentation étant établi, après avoir constaté que la région fœtale n'est pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire 2 doigts de la main dans le vagin et les appliquer dans la fontanelle antérieure. Cela étant fait, l'autre main restée libre, va à l'extérieur à la recherche de l'occiput.

Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts qui sont dans les organes génitaux presseront de bas en haut sur le frontal, les doigts appliqués sur l'occiput, à travers la paroi abdominale, presseront de haut en bas.

« Pour réussir il est nécessaire que les pressions soient dirigées non seulement de haut en bas, mais encore latéralement et en sens inverse. Il faut aussi employer les doigts de la main gauche pour les positions droites, et les doigts de la main droite pour les positions gauches (1).

Donc, si le travail n'est pas très avancé, si la poche des eaux est intacte, bref, si tête est encore mobile au détroit supérieur, on doit mettre à profit ce concours de circonstances, en pratiquant la transformation nouvelle, suivant la manière indiquée par M. le professeur Pinard. Les membranes seront rompues pour fixer la présentation nouvelle que l'on vient de produire. Les choses iront ensuite d'elles-mêmes comme dans une présentation du sommet ordinaire.

A la dilatation complète, il peut néanmoins se faire que la poche des eaux soit encore intacte et que par suite la tête reste suffisamment mobilisable pour que la manœuvre soit possible. On tiendra donc encore dans ces conditions la même conduite que précédemment.

Mais si l'extrémité céphalique est fixée, enclavée même au détroit supérieur, de telle façon que la tige occipito-faciale n'ait plus assez de place pour basculer, la transformation peut en somme rencontrer des difficultés si grandes que son exécution devient impossible. L'opération de choix qui est alors indiquée, et qui doit être tout de suite mise en pratique, si l'état du fœtus ou celui de la mère exige une intervention rapide, c'est la version par manœuvres internes.

Préconisée autrefois par Madame Lachapelle, c'est à la version qu'il faut recourir tant qu'elle est possible

(1) Pinard. — Loc. cit.

et sans danger pour la mère. Nous n'avons pas ici à nous étendre sur son manuel opératoire, disons seulement que jusqu'à un certain degré, la descente de l'extrémité céphalique dans l'excavation, ne la rend pas impossible. On peut, désenclavant la tête au besoin, insinuer la main dans les parties génitales, pour aller à la recherche des pieds, retourner le fœtus et faire l'extraction rapide. Le point capital est que le liquide amniotique ne soit point complètement écoulé. Sa présence favorise l'entrée de la main et les mouvements qu'on va faire exécuter au produit de conception. Lorsque les parois utérines sont rétractées sur le fœtus au point de ne lui plus permettre d'évoluer, on doit s'abstenir de cette manœuvre. En général le segment inférieur de l'utérus, en donnant la sensation dite de cuir bouilli, avertit l'opérateur de ne pas insister davantage, s'il veut éviter une rupture utérine.

Lorsque l'utérus est tétanisé, la version n'est donc plus une manœuvre dont on puisse faire usage. Il devient alors nécessaire de recourir à la seule ressource qui reste, le forceps : c'est maintenant l'opération de nécessité, de même que tout à l'heure, alors que les circonstances étaient favorables, la version était l'opération de choix.

Avant d'appliquer le forceps, il faut tenter de défléchir au maximum l'extrémité céphalique; un ou deux doigts introduits dans la bouche et appuyant fortement sur la voûte palatine, suffiront parfois à produire la déflexion, alors même que le mouvement de bascule dans le sens opposé ne peut être provoqué. M^{me} Lachapelle dit, en effet, qu'elle s'est maintes fois bien trouvée de cette manœuvre, alors que celle de Baudelocque avait complètement échoué : l'intervention se réduit alors en définitive en une applica-

tion de forceps sur une présentation de la face. Mais lorsque l'extrémité céphalique aura subi une déformation telle qu'elle constituera un cylindre engagé dans le cylindre pelvien, on conçoit que cette disposition s'opposera à toute modification, non-seulement dans le sens de la flexion, mais encore dans le sens de la déflexion. Il faudra donc se résigner à saisir la tête en présentation du front.

Dans les conditions spéciales où nous nous sommes placés, étant donné qu'il n'y a pas disproportion entre le fœtus et les voies maternelles il paraît hors de doute que si on pouvait attendre, l'accouchement se terminerait par les seules ressources de la nature.

Probablement les contractions utérines qui, en déformant la tête, en la tassant et en l'amointrissant, l'ont déjà préparée à franchir le passage, lui permettraient de gagner encore le millimètre qui lui est peut-être nécessaire pour que la descente s'opère. Mais on ne peut traîner les choses plus longuement, car la compression exercée sur les organes voisins devient une cause de danger.

On doit espérer alors que les tractions compléteront l'œuvre de la nature, engageront l'extrémité céphalique et permettront, en terminant l'accouchement, de sauvegarder les intérêts de la mère et aussi ceux du fœtus.

Ces considérations n'ont rien de spécial et pourraient aussi bien s'appliquer à une présentation du sommet. Celles qui suivent sont particulières aux variétés frontales des présentations de la face.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les tractions avec le forceps doivent être faites avec l'intention d'imiter les efforts de la nature; en aucun cas elles ne doivent aller à l'encontre du mécanisme naturel de la présentation, qui nécessite l'emploi de l'instrument.

C'est donc le mécanisme naturel du dégagement du front que l'on aura présent à l'esprit en guidant avec la main, introduite dans les organes génitaux, les cuillers du forceps sur les côtés de la tête fœtale.

On se rappellera que le forceps est un levier avec lequel on peut produire, si on n'est pas averti, des mouvements de flexion ou de déflexion de l'extrémité céphalique.

Or, à ce moment du travail, flexion et déflexion sont des mouvements non-seulement impossibles, mais encore dangereux, si on déploie une certaine violence, car ils peuvent provoquer la rupture de l'utérus.

Si l'on conduisait le bec des cuillers sur l'apophyse mastoïde les tractions tendaient par la droite à fléchir l'extrémité céphalique; au contraire, si on les plaçait devant l'oreille, c'est la déflexion qui serait provoquée. Il faut donc conduire les cuillers de façon à faire une prise intermédiaire, le bec plutôt sur l'oreille qu'en avant ou en arrière et les fenêtres encadrant la région située à peu près entre la tempe et la saillie pariétale. Mais on prendra le plus grand soin de ne pas dépasser le lobule de l'oreille.

Cette prise solide et sans danger annihile l'action fléchissante ou défléchissante du forceps et engage la présentation telle quelle. Elle remédie aussi aux dangers sur lesquels nous avons insisté plus haut.

Enfin, c'est elle qui imite le mieux le mécanisme de la terminaison naturelle. Avant de publier l'observation qui suit nous devons ajouter que les tractions doivent être lentes, prudentes, modérées, car la résistance est grande.

« Dans cette application du forceps, a dit le professeur Pinard, on ne doit jamais s'acharner à vouloir extraire le fœtus quand même, car ce n'est trop souvent qu'en

voulant atteindre l'idéal de Levret, qui consiste à sauver la mère et l'enfant, qu'on les a sacrifiés tous les deux.»

Aussi devons-nous dire que si ces tractions ne suffisaient pas à engager la tête, sans insister, et sans déployer une force considérable, on passerait immédiatement au genre d'intervention qui va faire le sujet de notre 2^{me} paragraphe.

OBSERVATION III

(Varnier et Pollosson)

La nommée Verg., Philomène, âgée de 18 ans, primipare, à terme, entre à la Clinique le 6 juin 1892, à 6 h. du matin.

A l'arrivée, ni le toucher, ni le palper ne fournissent de renseignements précis. A 7 h. 30 du matin, la poche des eaux se rompt spontanément, la dilatation étant comme 5 fr. et le toucher permet de reconnaître le front, les yeux et le nez. Mêmes constatations à 10 h. du matin, la dilatation étant intermédiaire à 5 fr. et une paume de la main.

Le palper est impossible.

A onze heures, voici ce que constate M. Pollosson : la dilatation est grande comme une paume de main ; le centre de la présentation est constitué par le front recouvert par une énorme bosse sanguine qui empêche de distinguer la suture médio-frontale. Un peu en arrière de l'extrémité droite du diamètre transverse et sur la limite des parties accessibles à un et deux doigts, on sent la fontanelle antérieure dont la partie antérieure seule est perceptible. Au point diamétralement opposé, c'est-à-dire un peu en avant de l'extrémité gauche du diamètre transverse, on sent les deux arcades orbitaires, les globes oculaires, le nez et ses deux orifices à bout de doigt. Il est impossible de doubler le maxillaire supérieur et de mettre le doigt dans la bouche.

A onze heures et demie, M. Varnier éprouve identiquement les mêmes sensations. La région qui se présente n'est pas encore engagée, l'œil antérieur est très près de l'arc antérieur du bassin, — la région est par conséquent en inclinaison postérieure. Il est décidé qu'on attendra sans rien faire pour fléchir ou défléchir, les contractions uté-

rines étant fortes, régulières, bien secondées par les efforts de la femme.

A deux heures, même état. Il semble que la descente ait augmenté, mais le toucher manuel montrera tout à l'heure que cette descente est plus apparente que réelle et que c'est surtout la bosse séro-sanguine frontale qui a augmenté. Néanmoins, on peut, par le toucher unidigital, dépasser le maxillaire supérieur, et mettre à l'extrême limite de la région accessible, c'est-à-dire au niveau du rebord du détroit supérieur, le doigt sur la voûte palatine, et sentir jusqu'à la base de la langue. Par ce même toucher, on constate l'ouverture forcée de la bouche, puisque le maxillaire supérieur est inaccessible.

On décide alors une application de forceps. Avant de la pratiquer, M. Vernier fait une exploration manuelle, qui confirme de tous points les résultats ci-dessus, et lui permet en outre de sentir l'oreille postérieure au droit de l'entrée du bassin. Donc, l'inclinaison persiste puisque l'œil n'a pas bougé. La direction oblique des arcades orbitaires et des orifices du nez montre aussi nettement l'inclinaison sur le frontal postérieur.

M. Varnier décide de faire une application de forceps en gauche transversale. Il cherche à saisir la présentation parallèlement à son grand axe, de façon à annihiler l'action fléchissante ou défléchissante du forceps et à engager la présentation telle quelle.

Après des tractions d'engagement à l'aide d'une seule main, la progression s'arrêtant, M. Varnier fait la rotation de façon à tourner la concavité du forceps, qui, primitivement, regardait à gauche, directement en avant, et tire pour engager dans le détroit inférieur. On voit alors le front ouvrir la vulve, et s'y engager, jusqu'à ce que le nez très aplati vienne s'appliquer étroitement à la commissure vulvaire antérieure. A ce moment l'engagement s'arrête et le forceps indique que la flexion de dégagement commence. En portant alors le doigt sous la paroi antéro-supérieure du bassin mou, qui cache les orifices du nez et la lèvre supérieure, on atteint au droit du bord inférieur de la symphyse, le rebord du maxillaire supérieur et immédiatement après, la bouche largement ouverte et comme bâillonnée par la symphyse. Impossible de sentir le maxillaire inférieur.

Les choses restent ainsi pendant tout le temps de flexion, qui, après distension modérée du périnée, lequel bombe bien moins que pour une occipito-sacrée, et même pour une occipito-pubienne, amène à la four-

chette le bregma, le vertex, la petite fontanelle et enfin la bosse occipitale. après quoi, par une extension brusque et spontanée, on voit apparaître à la commissure antérieure la bouche largement ouverte à grand axe vertical, et comme à regret le maxillaire inférieur et le menton. La bouche reste béante pendant les quelques heures qui suivent l'extraction. L'extraction simple du placenta est faite à 4 h. 50 du soir.

L'enfant, né vivant, pèse 3810 g. Il présente une bosse séro-sanguine volumineuse au niveau du front. Principaux diamètres de la tête : bipariétal, 9,5; bitemporal, 8; occipito frontal maximum, 14; sus-occipito mentonnier (bouche ouverte), 13,8; mento-bregmatique, bouche ouverte, 12,6, etc. Le promontoire est accessible ainsi que la face antérieure du sacrum.

Les suites de couches sont bonnes. La température est montée à 38° le deuxième et le quatrième jour.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 27 juin.

§ II

Si le forceps rend dans des mains expérimentées et habiles de signalés services, il peut aussi, dans certaines conditions déterminées, causer les méfaits les plus graves, quand on n'est pas averti de la puissance nocive qu'il est susceptible d'acquérir. Ce sont ces conditions qui se trouvent réalisées lorsque le toucher, d'une part, et le palper mesureur, d'autre part, ont démontré qu'il existe une disproportion notable entre le fœtus et les voies de passage, l'un étant gros et les autres rétrécies.

Les calculs de M. le professeur Farabœuf (1), les statistiques dressées par M. Varnier (2), ont montré le danger que comporte en des cas pareils une extraction par le forceps. Nous devons simplement nous contenter de faire ici l'analyse de ces travaux.

(1) Farabœuf. — Annales de gynécologie et d'obstétrique. Déc. 1892.

(2) Varnier. — Communication à la Société obstétricale de France. 7 Avril 1893.

Si l'examen a été bien fait et si le diagnostic est juste, c'est en pure perte que les contractions utérines sont fortes et puissantes, que l'extrémité céphalique s'ingénie à doubler le promontoire, en s'inclinant sur son frontal postérieur, en faisant chevaucher, au maximum, les unes sur les autres, les différentes pièces osseuses qui la constituent. La tête reste bloquée au détroit supérieur, et le travail n'avance pas d'une façon sensible; quatre ou cinq heures se passent et l'intervention ne peut plus se reculer. Mais comment intervenir? Avec le forceps?

Plaçons les branches une cuiller en avant, une cuiller en arrière de la mère, et examinons l'effet produit.

« Pour saisir la tête convenablement en améliorant son inclinaison, il faut la faire remonter considérablement et quoiqu'on l'ait bien saisie, elle doit néanmoins subir une certaine réduction au passage du détroit supérieur, car la branche postérieure du forceps l'empêche d'utiliser la concavité du sacrum. Cette réduction devient désastreuse lorsque le forceps, insuffisamment enfoncé, est mal appliqué, ou lorsqu'après l'avoir bien placé on l'a laissé glisser..... La branche postérieure est nuisible, c'est elle qui porte l'excavation sacrée et qui, pendant l'engagement, se fait relever par le périnée au point de détruire le synclitisme approximatif produit au moment de la prise. Ston recommande avec raison de tirer en arrière; c'est facile, mais cela ne mène pas loin, car le forceps s'oppose à ce que la tête obéisse à moins qu'il ne scie le péronée jusqu'au delà du coccyx. » (1).

Dans quelles proportions la force que l'on déploie en

(1) Farabœuf et Varnier. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.

exerçant les tractions va-t-elle se transmettre à la tête fœtale en se transformant en compression?

Jusque dans ces derniers temps on pensait que « la compression exercée était égale à la moitié de la force employée. » Pajot a mis en doute la justesse de cet aphorisme. Le forceps appliqué sur une tête fœtale au détroit supérieur rétréci, lui paraissait pouvoir être comparé à un porte-crayon serré par sa virole. Il pensait qu'il fallait tenir compte de l'action compressive exercée par l'anneau pelvien rétréci : en effet, plus on essaye de dégager le porte-crayon de la virole, plus celui-ci serre celui-là, il comprime ce qu'il tient entre ses branches. La force mise en jeu peut être considérable; elle peut broyer le contenu, ou, si ce dernier résiste, faire éclater le contenant.

Le professeur Farabœuf, reprenant l'étude de cette force compressive entrevue par Pajot, a résolu la question avec sa précision habituelle.

« Le contenant et le contenu, dit-il, étant arrivés à la limite l'un de son extensibilité, l'autre de sa compressibilité, le forceps forme un coin extrêmement allongé, qui se trouve tiré entre deux points résistants. Dans ces conditions le bassin serre la tête au point de l'effondrer avec son promontoire, la tête tend à faire éclater le bassin et y réussit quelquefois, même sous une traction modérée. Il faut donc que la traction, loin de diminuer, s'accroisse considérablement. »

La compression transmise à la tête fœtale par le forceps et par l'anneau pelvien rétréci, a été trouvée par lui dix fois plus considérable que la force déployée pour exécuter les tractions. Une force moyenne de 30 kilogr. par exemple exerce sur la tête fœtale une compression de 300 kilog. et une force de 80 kilog. une compression

égale à 800 kilog (1). Ces chiffres parlent avec une telle éloquence, qu'ils dispensent de tout commentaire. Si on a le bon sens de ne déployer qu'une force minime, on n'obtient aucun résultat ; si l'on tire avec force, c'est aux dépens de la vie du fœtus, ou de l'organisme maternel, chez lequel on provoque de considérables dégâts.

Cette étude sur l'action du forceps donne l'explication des résultats néfastes de la statistique que nous avons publiée plus haut. Sur cinq applications de forceps, en effet, quatre furent pratiquées sur des enfants dont le volume était considérable, tandis que les voies pelviennes étaient rétrécies. Le traumatisme que ces enfants supportèrent fut la cause de leur mort.

L'extraction tête dernière ne donne pas des résultats plus avantageuse, Malgré la perfection de la manœuvre de M. Champetier de Ribes, elle ajoute la plupart du temps, les dangers qui lui sont inhérents à ceux déjà courus par le fœtus de par le rétrécissement pelvien. Elle donne d'après Léopold, une mortalité expurgée de 32,1 %.

Ces faits ont amené à conclure que le seul moyen de conserver la vie du fœtus était de lui agrandir par la symphyséotomie les voies maternelles.

Cette opération, pratiquée maintes fois par M. le Professeur Pinard et par ses élèves dans des cas analogues de présentation du sommet, a donné des résultats aussi satisfaisants que possible.

Notre conclusion est donc celle-ci : Lorsque l'enfant est vivant, la variété frontale de la présentation de la face, s'il y a disproportion entre la tête et le bassin, est une indication formelle à la symphyséotomie d'emblée.

(1) L. H. Farabeuf. De l'ischio-pubiotomie, page 10.

Après la symphyséotomie suivie comme toujours de double symphyséotomie, l'application de forceps doit être préférée à la version dont les inconvénients ont été signalés. Ici les dangers de l'emploi du forceps ont disparu ; en effet, il est à peine nécessaire de tirer sur les manches, le fœtus coule pour ainsi dire dans les bras de l'accoucheur.

Il va sans dire qu'une intervention de ce genre ne doit jamais être pratiquée lorsque le produit de conception est mort dans l'utérus. Dans ces cas la basiotripsie seule indiquée terminerait promptement l'accouchement. Cette dernière opération constituait autrefois le moyen suprême que l'accoucheur avait à sa disposition lorsque forceps et version n'avaient donné aucun résultat. Aujourd'hui « cet opprobre obstétrical » doit disparaître de plus en plus de la pratique, au moins pour les cas où le fœtus est vivant. La renaissance de la symphyséotomie permet de le remplacer par un procédé plus humain, et plus en rapport avec la dignité médicale.

La mortalité infantile avec la symphyséotomie suivie de forceps est très faible, 13 morts sur 83 cas, d'après une statistique de M. le professeur Varnier. Encore est-il à remarquer que certaines de ces morts n'ont pas eu d'autre cause que la blessure préalable du fœtus.

En effet, si les pubis ne sont pas écartés de la quantité nécessaire, soit par un appareil spécial, soit par l'abduction des cuisses de la femme, le traumatisme causé par le forceps n'est pas supprimé ou ne l'est qu'à moitié, et suffit à tuer l'enfant. On évite aujourd'hui facilement ces tâtonnements du début et il est probable que la mortalité ira diminuant encore, à mesure que se perfectionnera le manuel opératoire.

La question de la mère, peut, suivant les uns, être une contre-indication : en obstétrique, toute opération qui est de nature à compromettre la vie de la mère au profit de celle de l'enfant, doit être bannie de la pratique. La symphyséotomie rentre-t-elle dans cette catégorie ?

Sans nous arrêter au cas improbable où l'opérateur infecterait lui-même sa cliente, ce qui ne doit pas se voir, nous examinerons les faits où la mère a subi une infection préalable de par les manœuvres ou les examens dont elle a été l'objet, longtemps avant que l'on soit appelé auprès d'elle.

La conduite à tenir prête beaucoup à la discussion. Quelle que soit l'intervention qu'on pratique d'un côté, on a affaire à un enfant dont l'existence est le plus souvent compromise; d'un autre côté, la mère se trouve ordinairement dans de mauvaises conditions pour supporter une opération quelconque. Le temps de l'accouchement prématuré provoqué est passé. La version, déjà dangereuse pour l'enfant lorsqu'il est dans un état normal, ne peut donner de bons résultats. En effet, l'état précaire du produit de conception permet de supposer qu'il succombera pendant les manœuvres de l'extraction; d'ailleurs l'utérus, vide de liquide amniotique, se trouve en général rétracté.

On a le choix en définitive entre le forceps, l'embryotomie et la symphyséotomie.

Le forceps sera sans aucun doute néfaste, car étant donné le rétrécissement du bassin et le volume de la tête fœtale, le traumatisme que l'enfant éprouvera lui coûtera la vie.

On peut, s'appuyant sur les principes classiques, pratiquer d'emblée l'embryotomie.

Il vaut mieux prendre comme point de départ que le

rôle du médecin est de chercher à sauver les deux existences à la fois. Avec les méthodes opératoires que nous avons aujourd'hui à notre disposition, tous nos efforts doivent tendre vers ce double but.

En employant le forceps, l'embryotomie, on n'est pas sûr de sauver la mère, si l'on considère les fatigues du travail et l'infection qu'elle subit peut-être depuis plusieurs jours. On ne peut affirmer que le forceps ou l'embryotomie ont sauvé toutes les femmes qui se trouvent dans des conditions pareilles; comment pourrait-on voir que ces moyens sont préférables, en tant qu'intervention à la symphyséotomie? Incrimine-t-on une application de forceps, faite dans les mêmes conditions, si la femme meurt?

La question de l'infection préalable n'est donc pas une contre-indication. Elle doit seulement exciter à redoubler de précautions dans la pratique, durant l'opération, de l'asepsie la plus rigoureuse. Rien ne sera négligé au point de vue de la propreté des instruments. On se rappellera qu'on opère à côté d'une cavité utérine infectée, et que sous aucun prétexte, les mains qui tiennent le bistouri ou les fils à suture, ne doivent y pénétrer. C'est donc un aide et non l'opérateur lui-même qui, une fois l'écartement pubien produit, fera l'application de forceps d'abord, le délivrance ensuite.

En terminant cette étude sur la conduite à tenir dans les présentations de la face, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici ces paroles de M. le Professeur Pinard (1) :

« Je crois qu'il est nécessaire de rechercher dans le dernier mois de la grossesse si l'enfant est accommodé, si

(1) Traité du palper abdominal.

la présentation est bonne ; et s'il n'y a pas de présentation, ou si elle est mauvaise, d'y remédier. En un mot, si dans le dernier mois de la grossesse, la tête du fœtus n'est pas dans l'excavation, il faut et on peut l'y mettre. Les femmes se font vacciner et revacciner pour ne pas être atteintes de la variole ; elles peuvent bien se faire examiner, pour ne pas être exposées et exposer les enfants, à quelque intervention qui peut être redoutable. Nous savons que les multipares ne présentent pas d'accommodation de bonne heure, et que, d'autre part, elles sont sujettes aux présentations de la face. C'est donc surtout à elles que cela s'adresse. La ceinture entocique donne à la paroi abdominale le ressort qui lui manque, et à la paroi utérine le soutien qui lui fait défaut. »

Vu par le Président de Thèse,
PINARD

Vu :
Le Doyen
D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

CONCLUSIONS

1° La présentation de la face franche n'a ni pour le fœtus, ni pour la mère bien conformée, un pronostic aussi sombre qu'on le dit trop souvent; pourvu toutefois que des interventions intempestives ou irrationnelles ne viennent pas troubler le mécanisme qui, dans la presque totalité des cas, aboutit à la terminaison spontanée ;

2° Le troisième temps de l'accouchement par la face, la rotation, s'exécute presque toujours spontanément, pourvu qu'on lui en laisse le temps ;

3° On ne doit appliquer le forceps sur la face dont la rotation n'est pas faite que contraint et forcé par les circonstances ; c'est une opération très délicate ; elle exige, pour être menée à bien, une connaissance approfondie du forceps considéré comme agent de flexion et de déflexion ;

4° Le mode d'application de l'instrument, pour chaque position et chaque variété est le même que pour la position et la variété, correspondantes du sommet ;

5° Le pronostic de la variété frontale persistante de la présentation de la face dans les bassins viciés au détroit supérieur, est aussi sombre que celui de la présentation franche de la face dans un bassin normal, est favorable ;

6° Cette variété frontale persistante dans les bassins viciés, lorsque l'enfant est vivant, est une contre-indi-

cation à l'emploi de la version et du forceps. La symphyséotomie d'emblée est l'intervention de choix ;

7° Lorsque le bassin est normal, on observe très rarement la variété frontale persistante. Cette variété frontale *persistante* on devra toujours tenter de la transformer en sommet ou en face par manœuvres manuelles, sans toutefois oublier qu'elle peut aboutir spontanément. Si par hasard on est obligé d'intervenir, la version par manœuvres internes doit être, tant qu'elle est possible, préférée au forceps.

Si seul le forceps est applicable, on se résigne à y recourir ; mais il faudra l'appliquer de façon à annihiler son action fléchissante ou défléchissante, de façon à entraîner la présentation telle qu'elle, ce que permet parfois la déformation plastique spéciale de la tête. Si les tractions modérées échouent, symphyséotomie secondaire ; c'est moins dangereux pour la mère qu'une application de forceps de force ;

8° Quelle que soit la variété de présentation, que le bassin soit normal ou vicié, si l'enfant est mort, une seule opération est permise, l'embryotomie.

